

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.P.S.)  
INTERVENTION ENFANCE ET ADOLESCENCE

PAR  
DOMINIQUE PARADIS

REPRÉSENTATIONS D'ATTACHEMENT MÈRE-ENFANT ET TROUBLES  
ANXIEUX PENDANT L'ENFANCE : UNE ÉTUDE DE CAS MULTIPLES

AOÛT 2016

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

REPRÉSENTATIONS D'ATTACHEMENT MÈRE-ENFANT ET TROUBLES  
ANXIEUX PENDANT L'ENFANCE : UNE ÉTUDE DE CAS MULTIPLES

PAR DOMINIQUE PARADIS

Valérie Simard, Ph. D., directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Claud Bisailon, Ph. D., co-directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Guadalupe Puentes-Neuman, Ph. D., évaluatrice

Université de Sherbrooke

Olivier Laverdière, Ph. D., évaluateur

Université de Sherbrooke

## Sommaire

Les troubles anxieux et les symptômes associés s'avèrent être reconnus comme l'une des formes de psychopathologies vécues le plus fréquemment chez les enfants et les adolescents (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Le degré de sécurité d'attachement est considéré depuis longtemps comme un facteur ayant une influence fondamentale sur le développement de l'enfant et dans l'émergence de psychopathologie (DeKlyen & Greenberg, 2008; Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth, & Zir, 2006), s'avérant ainsi une variable importante pour comprendre l'émergence des troubles anxieux pendant l'enfance (Colonnesi et al., 2011). La présente étude de cas multiples s'avère la première à utiliser des mesures représentationnelles afin d'observer l'attachement auprès d'une population clinique d'enfants d'âge scolaire ayant un trouble anxieux (*Child Attachment Interview*) et chez leur mère (*Adult Attachment Interview*). Trois principaux objectifs, tous de nature exploratoire, sont visés: 1) procéder à une analyse approfondie des profils d'attachement chez les enfants ayant un trouble anxieux et leur mère, tant sur le plan des *catégories* que des *dimensions* d'attachement; 2) décrire les correspondances entre les représentations d'attachement de la mère et de son enfant; 3) examiner les associations entre les types de représentations d'attachement mère-enfant et les types de symptômes anxieux chez l'enfant. Pour ce faire, des mesures de ces deux variables ont été prises auprès de six enfants âgés entre 8 et 15 ans et leurs mères, recrutés au sein d'une clinique de troisième ligne spécialisée en traitement des troubles anxieux.

Les résultats démontrent que la majorité des enfants ayant un trouble anxieux présente une insécurité des représentations d'attachement, accompagnée principalement d'une tendance à l'attachement détaché. Concernant les dimensions d'attachement, la majorité des enfants anxieux présente d'importants déficits liés à l'ouverture émotionnelle. Ensuite, toutes les mères présentent des représentations d'attachement se situant sur le continuum de la préoccupation, impliquant des stratégies d'hyperactivation (de modérées à élevées). Par ailleurs, les mères des enfants ayant un attachement sécurisant composent avec des représentations d'attachement préoccupées par des événements traumatiques. Ensuite, peu de correspondances intergénérationnelles sont observables. Une tendance à présenter des stratégies d'attachement complémentaires est plutôt relevée, particulièrement concernant des stratégies d'hyperactivation chez la mère (pôle préoccupé) et de désactivation chez l'enfant (pôle détaché). Enfin, peu d'associations spécifiques sont identifiées entre les représentations d'attachement et les troubles anxieux, mis à part la présence d'insécurité chez les enfants ayant un trouble d'anxiété de séparation. Enfin, une importante tendance aux difficultés d'ordre psychosomatique est observée chez les enfants ayant un trouble anxieux. À la lumière de ces principales tendances relatives à l'attachement, des pistes cliniques seront proposées afin de soutenir l'intervention des équipes traitantes auprès des enfants composant avec un trouble anxieux et de leur mère.

Mots-clés : *Troubles anxieux chez les enfants et les adolescents, représentations d'attachement mère-enfant, entrevues d'attachement, transmission intergénérationnelle, psychopathologie développementale.*

## Table des matières

Sommaire .....	iiv
Liste des tableaux .....	iix
Liste des figures .....	x
Liste des acronymes .....	xi
Remerciements .....	xii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	7
Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents .....	8
Cadre théorique : la perspective de la psychopathologie développementale .....	11
L'attachement chez l'enfant anxieux et sa mère .....	15
Bases théoriques de l'attachement .....	15
Stratégies d'attachement et régulation émotionnelle .....	18
Les représentations mentales d'attachement : l'Adult Attachment Interview et le Child Attachment Interview .....	20
Correspondances intergénérationnelles des représentations d'attachement .....	29
Liens entre les représentations d'attachement mère-enfant et les troubles anxieux chez l'enfant .....	32
Objectifs de l'étude .....	37
Méthode .....	38
Participants .....	39
Déroulement .....	40
Mesures des représentations d'attachement .....	41
Child Attachment Interview .....	41
Adult Attachment Interview .....	45
Mesures de l'anxiété chez l'enfant .....	49
Évaluation par l'équipe traitante .....	49
Entrevue diagnostique .....	49
Questionnaire .....	50
Analyses envisagées .....	51
Considérations éthiques .....	55
Résultats .....	56
Description de la dyade 1 : Aurélie et sa mère .....	57
Description de la dyade 2 : Thomas et sa mère .....	65
Description de la dyade 3 : Léa et sa mère .....	72
Description de la dyade 4 : Virginie et sa mère .....	79
Description de la dyade 5 : Charlotte et sa mère .....	87
Description de la dyade 6 : Kevin et sa mère .....	95
Analyse transversale des cas .....	102
Discussion .....	110
Nature des représentations d'attachement chez les enfants ayant un trouble anxieux et leur mère .....	111
Chez les enfants .....	111

Insécurité et représentations d'attachement détaché .....	112
Déficits de l'ouverture émotionnelle .....	115
Lorsque la sécurité d'attachement ne suffit pas à titre de facteur de protection .....	119
Chez les mères.....	121
Des mères ayant des représentations d'attachement se situant sur le continuum de la préoccupation .....	121
Les mères des enfants sécures étant préoccupées par des événements traumatiques .....	123
Correspondances intergénérationnelles chez l'enfant anxieux et sa mère .....	126
Peu de correspondances, davantage en complémentarité .....	126
Liens entre les représentations d'attachement et les manifestations anxieuses chez l'enfant .....	129
Insécurité d'attachement et trouble d'anxiété de séparation.....	129
La nature des anticipations variant selon le type d'attachement insécurisant .	132
La somatisation : des anticipations vécues comme une réalité par le corps ....	135
Forces, limites et pistes de recherches futures .....	139
Pistes cliniques .....	142
Conclusion .....	150
Références .....	155
Appendice A – Description des critères diagnostiques des troubles anxieux .....	171
Appendice B – Continuum des catégories d'attachement dans l'AAI .....	173
Appendice C – Profils des échelles continues en fonction des catégories d'attachement .....	175
Appendice D – Formulaire de consentement .....	179
Appendice E – Child Attachment Interview (CAI) – version française .....	187
Appendice F – Adult Attachment Interview (AAI) – version française .....	195
Appendice G – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children, Present and Lifetime version .....	207
Appendice H – Échelle révisée d'anxiété manifeste chez l'enfant .....	209
Appendice I – Behavior Assessment Scale for Children, seconde version .....	211

## Liste des tableaux

Tableau 1 – Échelles continues de cotation pour le CAI et l’AAI .....	25
Tableau 2 – Définition des échelles continues au CAI .....	43
Tableau 3 – Définition des échelles continues à l’AAI .....	47
Tableau 4 – Caractéristiques générales du discours selon les catégories d’attachement à l’AAI et au CAI .....	48
Tableau 5 – Description systématique de chaque cas .....	52
Tableau 6 – Description des troubles anxieux chez Aurélie .....	57
Tableau 7 – Résultats aux échelles continues du CAI chez Aurélie .....	59
Tableau 8 – Résultats aux échelles continues à l’AAI chez la mère d’Aurélie .....	62
Tableau 9 – Description des troubles anxieux chez Thomas .....	66
Tableau 10 – Résultats aux échelles continues du CAI chez Thomas .....	67
Tableau 11 – Résultats aux échelles continues à l’AAI chez la mère de Thomas .....	70
Tableau 12 – Description des troubles anxieux chez Léa .....	73
Tableau 13 – Résultats aux échelles continues du CAI chez Léa .....	74
Tableau 14 – Résultats aux échelles continues à l’AAI chez la mère de Léa .....	77
Tableau 15 – Description des troubles anxieux chez Virginie .....	80
Tableau 16 – Résultats aux échelles continues du CAI chez Virginie .....	81
Tableau 17 – Résultats aux échelles continues à l’AAI chez la mère de Virginie .....	83
Tableau 18 – Description des troubles anxieux chez Charlotte .....	88
Tableau 19 – Résultats aux échelles continues du CAI chez Charlotte .....	89
Tableau 20 – Résultats aux échelles continues à l’AAI chez la mère de Charlotte .....	92
Tableau 21 – Description des troubles anxieux chez Kevin .....	96

Tableau 22 – Résultats aux échelles continues du CAI chez Kevin .....	97
Tableau 23 – Résultats aux échelles continues à l’AAI chez la mère de Kevin .....	100
Tableau 24 – Analyse transversale des résultats .....	103
Tableau 25 – Nature des anticipations chez les enfants ayant un trouble anxieux .....	105
Tableau 26 – Stresseurs cumulatifs dans l’environnement des enfants anxieux .....	106
Tableau 27 – Nature des anticipations variant en fonction des types d’attachement insécurisant .....	133
Tableau 28 – Indices liés à l’évaluation de l’attachement chez l’enfant ayant un trouble anxieux .....	146



## Liste des figures

Figure 1 – Seuil lié à l’insécurité pour les échelles continues du CAI .....	53
Figure 2 – Seuil lié à l’insécurité pour les échelles continues de l’AAI .....	54
Figure 3 – Correspondances aux échelles continues chez Aurélie et sa mère .....	65
Figure 4 – Correspondances aux échelles continues chez Thomas et sa mère .....	72
Figure 5 – Correspondances aux échelles continues chez Léa et sa mère .....	79
Figure 6 – Correspondances aux échelles continues chez Virginie et sa mère .....	87
Figure 7 – Correspondances aux échelles continues chez Charlotte et sa mère .....	95
Figure 8 – Correspondances aux échelles continues chez Kevin et sa mère .....	102

## **Liste des acronymes**

DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition, version révisée

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition

ER : Épisode relationnel

FA : Figure d'attachement

FM : Figure maternelle

FP : Figure paternelle

MOI : Modèle opérant interne

CAI : Children Attachment Interview

AAI : Adult Attachment Interview

K-SADS-PL : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age children – Present and Lifetime version.

R-CMAS : Revised Child Manifest Anxiety Scale

BASC-2 : Behavior Assessment Scale for Children, 2<sup>e</sup> version

## **Remerciements**

Ce parcours doctoral aura été une expérience unique et significative, de par les personnes hors pair rencontrées et de par le sentiment d'avoir découvert un univers d'une grande richesse. Mes premiers remerciements vont à Valérie Simard, ma directrice de recherche. Cela aura été un privilège de collaborer avec une directrice ayant de si grandes qualités humaines et pédagogiques. Merci de m'avoir fait confiance à travers chaque étape. Merci également pour tous les échanges passionnants liés au domaine de l'attachement et du développement humain. Je tiens également à remercier la professeure Claud Bisailon m'ayant offert un appui significatif dans les derniers milles de cette aventure. J'aimerais également remercier l'ensemble de mes professeurs de clinique tout au long du parcours doctoral pour la transmission de leur passion. Un merci particulier à ma superviseure d'internat final, Frédérique Saint-Pierre, psychologue à la clinique socio-juridique du CHU Sainte-Justine, pour sa grande générosité, la qualité de son accompagnement et sa pratique inspirante, particulièrement de par la place centrale accordée à la vision du monde de l'enfant au cœur du travail clinique.

J'aimerais également remercier chaleureusement l'équipe des troubles anxieux du CHU Sainte-Justine ayant collaboré activement au présent projet, particulièrement Madame Céline Picard, psychologue et responsable du projet de recherche, ainsi que les pédopsychiatres Dr. Bernard Boileau, Dr. Jean-Jacques Marier et Dr. Hugues Simard. Il est également essentiel de souligner l'appui de l'organisme subventionnaire CRSH, pour le financement du projet de recherche, ainsi que le FQRSC, pour une bourse d'études

supérieures m'ayant permis de me consacrer pendant de nombreuses années à mes études.

Ce parcours doctoral des dernières années n'aurait pas été le même sans mes précieuses collègues de doctorat. Un merci particulier à Sarah, Zoé, Fanny-Maude, Jade et Laura. Un merci marqué également à mes amis pour les précieux moments partagés et encouragements qui auront été essentiels dans ma vie au cours de ces dernières années, particulièrement à Mélissa, Claudie, Audrey, Monic, Béatrice, Sandra, Roselynn, Anna, Geneviève, Martin, Tamara-S., Albert, Patrick et sa belle tribu. Enfin, un grand merci à ma sœur, Catherine, mon amie la plus précieuse, ainsi qu'à mon frère Philippe, que j'aime plus que tout. Merci également à mon neveu Félix, pour l'émerveillement qu'il nous apporte. Merci enfin à mes parents Claire et Marc pour leur appui si significatif et continu au fil de ces années, particulièrement pour toutes les petites attentions, l'écoute, l'important support et les encouragements inconditionnels. Je vous aime.

Enfin, merci aux enfants et aux familles rencontrés tout au long de ce parcours, pour leur générosité, leur courage et pour m'avoir permis d'en découvrir toujours davantage concernant les nuances de l'expérience humaine et la grande force de résilience existante dans notre monde.

## **Introduction**

Les troubles anxieux et les symptômes d'anxiété sont reconnus comme l'une des principales problématiques de santé mentale affectant les individus, avec un taux de prévalence au cours de la vie allant jusqu'à 29 % (Kessler et al., 2005). L'anxiété s'avère également considérée comme l'une des formes de psychopathologies vécues le plus fréquemment par les enfants et les adolescents (Morris & March, 2004). Plus spécifiquement, 10 % d'entre eux présenteraient un trouble anxieux entre 7 et 16 ans (Bittner et al., 2007; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Les troubles anxieux pendant l'enfance s'avèrent associés à d'importantes difficultés, telles que l'évitement d'activités appropriées au niveau développemental ainsi que des difficultés dans les situations sociales et académiques (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Lorsqu'ils ne sont pas traités, les symptômes anxieux à l'enfance peuvent devenir chroniques et plus difficilement réversibles à l'âge adulte (Bittner et al., 2007). Dans l'optique de favoriser la prévention, la détection et le traitement des troubles anxieux, il s'avère important de bien comprendre les facteurs impliqués dans le développement et le maintien de la psychopathologie anxieuse pendant l'enfance.

L'approche de la psychopathologie développementale s'avère particulièrement indiquée pour étudier l'émergence des troubles anxieux chez les enfants et les

adolescents puisqu'elle propose un cadre théorique considérant l'interaction complexe et dynamique de plusieurs facteurs de risque et de résilience, et ce, au sein d'un organisme en développement (Cicchetti & Cohen, 2006; Vasey & Dadds, 2001). À ce jour, plusieurs facteurs ont été identifiés comme étant simultanément impliqués dans l'émergence des troubles anxieux et des manifestations anxieuses chez l'enfant (p. ex., tempérament, vulnérabilité génétique, expériences d'apprentissage, relation parent-enfant). Parmi ces facteurs, la qualité de l'attachement est considérée par la communauté scientifique comme un facteur particulièrement important impliqué dans le développement d'anxiété infantile (Bowlby, 1973; Kerns & Brumariu, 2014). Il est reconnu que les premières expériences d'attachement sont intimement liées à la construction de la personnalité de l'enfant ainsi qu'aux types de stratégies de régulation émotionnelle intériorisées (Fonagy, 2001; Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011; Sroufe, 2005), jouant ainsi potentiellement un rôle important dans le développement ultérieur de difficultés de santé mentale. Par exemple, chez un enfant présentant un attachement insécurisant, les stratégies de régulation du stress mobilisées pourraient être moins efficaces et plus facilement dépassées (Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth, & Zir, 2006), entraînant ainsi possiblement l'émergence de symptômes anxieux.

Bien que le lien entre attachement et troubles anxieux soit reconnu théoriquement et ait été vérifié empiriquement auprès de populations normatives d'enfants (Colonnesi et al., 2011), peu d'études à ce jour ont examiné la nature et les contributions de l'attachement spécifiquement auprès de populations cliniques d'enfants ayant des

troubles anxieux diagnostiqués. La présente étude sera donc réalisée exclusivement auprès d'enfants d'âge scolaire ayant reçu un ou des diagnostics de troubles anxieux. Par ailleurs, Kerns et Brumariu (2014) soulignent également que les études portant sur le lien entre attachement et troubles anxieux pendant l'enfance effectuées à ce jour ont principalement utilisé des questionnaires auto-rapportés par l'enfant, mesurant davantage l'aspect conscient de l'attachement. À ce jour, seules deux études (Brumariu & Kerns, 2010a; Scharfe, 2002) ont mesuré l'attachement chez les enfants anxieux à l'aide de mesures représentationnelles donnant accès à l'aspect inconscient, pourtant considérées comme étant le mécanisme explicatif principal du lien entre l'attachement et l'anxiété (Bowlby, 1980). Or, ces deux études réalisées ont abordé l'anxiété soit en tant que concept général ou encore en considérant uniquement la dimension relationnelle (anxiété sociale), plutôt que dans une perspective considérant l'étendue des différents diagnostics de troubles anxieux existants (anxiété de séparation, phobie sociale, anxiété généralisée, phobie spécifique, attaque de panique). La présente étude sera donc la première à explorer et décrire l'attachement au niveau représentationnel au sein d'une population clinique d'enfants ayant un ou des troubles anxieux diagnostiqués.

Pour ce faire, une entrevue récente permettant l'évaluation des représentations interiorisées d'attachement chez l'enfant d'âge scolaire, via l'*analyse du discours*, sera employée : le *Child Attachment Interview* (CAI; Shmueli-Goetz, Target, Datta, & Fonagy, 2004; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta, & Schneider, 1999). Le CAI a été inspiré de l'*Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan, & Main, 1984, 1996),



instrument considéré comme la méthode par excellence pour évaluer l'état d'esprit lié à l'attachement chez l'adulte. Le développement et la validation du CAI auront également ouvert une nouvelle voie facilitant l'étude des correspondances intergénérationnelles, le CAI et l'AAI présentant plusieurs similarités sur le plan de leurs échelles. La présente étude permettra donc d'examiner les représentations d'attachement chez l'enfant anxieux et chez sa mère, et ce, tant en termes de *catégories* que de *dimensions* liées à l'attachement. Par ailleurs, bien que les représentations d'attachement de la mère soient reconnues depuis longtemps comme ayant une influence sur l'adaptation de l'enfant (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; van IJzendoorn, 1995), peu d'études à ce jour ont examiné de façon spécifique la contribution des représentations d'attachement de la mère à la symptomatologie anxieuse chez l'enfant anxieux d'âge scolaire. La présente étude permettra donc également d'enrichir les connaissances en ce sens.

Enfin, concernant l'association entre l'attachement mère-enfant et l'anxiété chez l'enfant, une faible cohésion et plusieurs résultats contradictoires demeurent observables à ce jour au sein de la documentation scientifique. En effet, il n'est toujours pas clair si l'anxiété est associée aux représentations de type insécurisant de façon générale (Kerns & Brumariu, 2014; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997), plus spécifiquement aux représentations d'attachement insécurisant-préoccupé (Brumariu & Kerns, 2010b; Colonesi et al., 2011), aux représentations d'attachement insécurisant-détaché (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012; Ivarsson, Granqvist, Gillberg, & Broberg, 2010; Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013), ou

aux représentations non-résolues (Brumariu & Kerns, 2013; Brumariu, Kerns, & Seibert, 2012; Brumariu, Osbuth, & Lyons-Ruth, 2013). De plus, les connaissances actuelles ne permettent pas non plus de se positionner quant à l'hypothèse selon laquelle il existerait des liens spécifiques et uniques entre les différents patrons d'attachement et les différentes symptomatologies anxieuses (Manassis, 2001; Brumariu & Kerns, 2010a). La présente étude de cas multiples tentera donc également de réduire ce flou théorique et empirique en offrant certaines précisions concernant *comment* les représentations d'attachement et les troubles anxieux chez les enfants sont associés.

Au niveau clinique, l'attachement parent-enfant ayant été proposé comme cible importante dans le traitement des troubles anxieux (Kerns & Brumariu, 2014), la présente étude de cas multiples contribuera donc à raffiner les connaissances afin d'orienter plus efficacement les interventions offertes visant à agir sur le niveau d'anxiété des enfants ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux. À partir des principales tendances observées dans l'échantillon d'enfants ayant un trouble anxieux et leur mère, des pistes cliniques considérant les représentations d'attachement mère-enfant seront finalement proposées.

## **Contexte théorique**

## **Troubles anxieux chez les enfants et les adolescents**

L'anxiété normale est une réaction universelle et adaptative chez l'être humain lui permettant de faire face aux situations de menaces ou de dangers, réels ou perçus comme tels (Ollendick, Shortt, & Sander, 2005). L'anxiété peut être vécue d'un niveau faible à modéré et se manifeste dans plusieurs domaines de fonctionnement de l'individu : physiologique, cognitif, affectif, comportemental ou relationnel (Friedberg & McClure, 2002). Au cours de leur développement, tous les enfants et les adolescents vivront également des peurs et de l'anxiété (Bosquet & Egeland, 2006; Muris, Merckelbach, Gadet, & Moulaert, 2000). Certaines variations liées aux manifestations d'anxiété sont observables, et ce, selon les différents stades développementaux (Warren & Sroufe, 2004). Par exemple, pendant la petite enfance, le jeune enfant s'avère principalement anxieux et apeuré concernant des créatures imaginaires (p. ex., monstres, fantômes) ou des stimuli présents de façon concrète dans son environnement (p. ex., noirceur). Chez l'enfant plus âgé, ces peurs commencent à impliquer des événements anticipés ou encore des stimuli de nature plus abstraite (Muris, Merckelbach, Meesters, & Van den Brand, 2002). Dans la plupart des cas, les manifestations anxieuses chez les enfants et les adolescents seront toutefois temporaires et se dissiperont dans une courte période de temps (Craske, 1997).

Un trouble anxieux peut toutefois se développer quand les symptômes d'anxiété persistent, s'intensifient et interfèrent avec le fonctionnement quotidien de l'enfant (Beck, 1991; Kendall, Hedtke, & Aschenbrand, 2006; Rapee, 2001). En effet, l'anxiété peut atteindre un seuil pathologique lorsqu'elle est caractérisée par des peurs ou des inquiétudes excessives, des comportements d'évitement, ainsi qu'un niveau élevé de détresse (American Psychiatric Association [APA], 2000; 2003). Sur le plan de la nosographie psychiatrique actuelle (DSM-5; APA, 2013), les troubles anxieux comprennent un large spectre de diagnostics, tels que 1) l'anxiété de séparation, 2) l'anxiété sociale, 3) l'anxiété généralisée, 4) la phobie spécifique et 5) le trouble panique. Les définitions complètes des différents troubles anxieux sont présentées dans l'Appendice A. Les critères diagnostiques présentés sont ceux du DSM-IV-TR (APA, 2003), utilisés dans le cadre de la présente thèse. Soulignons toutefois que les variations développementales concernant la nature des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents s'avèrent pauvrement représentées dans le DSM-IV (Whiteside & Ollendick, 2009) et le demeurent largement dans le DSM-5. Dans la communauté scientifique, les troubles anxieux sont également fréquemment conceptualisés selon une approche davantage dimensionnelle (Cicchetti & Cohen, 2006; Reynolds & Richmond, 1978), abordant davantage les symptômes d'anxiété en termes de continuum de sévérité qu'en termes de catégories diagnostiques.

Au plan neurobiologique, l'expérience de l'anxiété provoque une cascade de réactions physiologiques et hormonales (Hart, 2011). Tout d'abord, lorsqu'une menace

est perçue, l'amygdale envoie un signal de détresse à l'hypothalamus, qui active à son tour le système nerveux sympathique (Gunnar & Quevedo, 2007). Le système nerveux sympathique est responsable d'activer le mode « combat ou fuite » (*fight or flight*) du corps (Barlow, 2002), entraînant une série de réponses physiologiques incitant l'individu à s'éloigner de la menace. Des hormones du stress telles le cortisol, l'adrénaline et la noradrénaline sont libérées, le rythme cardiaque et la pression sanguine augmentent, le niveau de sucre sanguin s'élève et la respiration accélère. De telles réactions aiguïssent les sens et augmentent le niveau d'énergie et le temps de réaction, permettant ainsi une mobilisation afin de faire face ou d'éviter le danger identifié. Inversement, le système nerveux parasympathique, par le biais de l'activation de la réponse vagale, est impliqué dans la capacité à retrouver un état de calme et d'apaisement physiologique (Diamond & Hicks, 2005; Schore, 1994). Soulignons que de façon différente des autres mammifères, les êtres humains sont capables de vivre de l'anxiété en relation à de potentiels événements futurs ou encore à des situations imaginées n'existant pas directement dans leur environnement (Hart, 2011). En effet, l'anxiété chez l'être humain peut être également provoquée par des sensations internes, des émotions ou des pensées. Lorsque l'anxiété devient chronique, envahissante et provoquée sans stimulus externe, on parle de difficultés d'ordre psychologique, tels les troubles anxieux.

Par ailleurs, la présence de troubles anxieux pendant l'enfance peut augmenter le risque d'un éventail de troubles comorbides. D'une part, il est reconnu que 40 à 60 % des enfants et des adolescents ayant un trouble anxieux spécifique satisfont les critères

pour au moins un autre trouble anxieux (Kendall et al., 2006, Kessler et al., 2005), suggérant la présence de facteurs de risque ou de processus communs liés à la peur entre les différents troubles anxieux (Rapee et al., 2009). D'autre part, un haut taux de comorbidités avec d'autres problématiques psychiatriques est observé, dont la dépression (Costello et al., 2003; Rapee et al., 2009) et les plaintes psychosomatiques (Campo et al., 2004). Conséquemment, dans l'optique d'intervenir sur les importantes difficultés associées à l'expérience d'anxiété sévère ainsi que le développement de potentiels troubles comorbides, un besoin d'améliorer la compréhension des troubles anxieux chez les enfants et des principaux facteurs contribuant à leur développement demeure.

### **Cadre théorique : la perspective de la psychopathologie développementale**

Il est désormais reconnu que la compréhension des mécanismes par lesquels l'anxiété infantile se développe, persiste et se maintient doit considérer un large éventail d'influences et surtout, les interactions complexes, dynamiques et transactionnelles des facteurs de risque et de protection à travers le développement (Vasey & Dadds, 2001). Une approche théorique qui tente de mieux comprendre ces interactions a émergé vers le début des années 90 : la perspective de la psychopathologie développementale (Cicchetti & Cohen, 1995; 2006). Cette perspective a rapidement pris de l'ampleur et est devenue un important cadre théorique pour l'étude des divers troubles mentaux des enfants et des adolescents. Selon Vasey et Dadds (2001), trois grands principes érigent les fondements de l'approche de la psychopathologie développementale: 1) l'importance accordée au

concept d'adaptation, 2) la diversité des trajectoires développementales et l'interaction dynamique entre les facteurs de risque et de protection; et 3) le fait que la psychopathologie survient dans un organisme en développement, ceci étant particulièrement pertinent pendant l'enfance et l'adolescence alors que les changements développementaux sont plus prononcés. Parmi les principaux facteurs ayant été identifiés comme impliqués dans l'émergence des troubles anxieux et manifestations anxieuses chez l'enfant se trouvent le tempérament (Biederman, Rosembaum, Chalot, & Kagan, 1995), des vulnérabilités génétiques (Gunnar & Quevedo, 2007; Silverman & Treifers, 2001), des facteurs neurobiologiques, dont l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien lié à la sécrétion du cortisol (Thomas & De Bellis, 2004), des expériences négatives d'apprentissage (Kertz & Woodruff-Borden, 2011 ; Muris, 2006) et la qualité de la relation avec le parent (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Dallaire & Weinraub, 2005; Dozois & Dobson, 2004; Kertz, Smith, Chapman, & Woodruff-Borden, 2008). Bien que certaines études aient investigué le rôle de la relation parent-enfant dans l'étiologie de l'anxiété, peu l'ont investigué précisément auprès de populations où l'enfant présente une anxiété de niveau clinique.

Afin d'aborder la relation parent-enfant, l'attachement est reconnu comme offrant un cadre théorico-empirique bien établi (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969/1982; van IJzendoorn, 1995), permettant l'étude des liens existants avec le développement de diverses symptomatologies, telles que l'anxiété sévère chez l'enfant (Colonnesi et al., 2011; Dadds & Roth, 2001; Kerns & Brumariu, 2014). Selon



la perspective de psychopathologie développementale, la qualité de l'attachement est donc considérée comme un facteur parmi d'autres influençant l'émergence d'un trouble de santé mentale. En ce sens, différents modèles étiologiques incluant l'attachement à titre de facteur de risque ont été proposés et utilisés : des modèles de risques cumulatifs (Liaw & Brooks-Gunn, 1994; Raikes & Thompson, 2005), différents modèles de médiation (Belsky & Fearon, 2002; van IJzendoorn, 1995), le modèle des expériences précoces (Sroufe, Egeland & Kreutzer, 1990) ainsi que le modèle vulnérabilité-stress lié à l'attachement (Kobak, 2006). Dans l'optique de saisir la complexité des propositions liées à la théorie de l'attachement de Bowlby (1969/1982), ces modèles incluent différents facteurs de risque présents simultanément à différents niveaux systémiques, soit à la fois au niveau de l'enfant (p. ex., stratégies d'attachement insécures), du parent (p. ex., comportements parentaux) et de l'environnement (p. ex., stressseurs externes) (Cicchetti & Cohen, 2006).

Zachrisson (2012) propose que le modèle vulnérabilité-stress lié à l'attachement (*diathesis-stress model of attachment*; Kobak et al., 2006) serait le plus adéquat afin de comprendre comment l'attachement est lié à l'émergence des troubles anxieux chez l'enfant, puisqu'il met en lien la qualité de l'attachement avec l'efficacité des stratégies de régulation du stress et des affects chez l'enfant. Selon ce modèle, lorsque les enfants sont exposés à de faibles niveaux de risque, le statut de leur attachement (sécurité versus insécurité) est d'importance mineure pour leur santé mentale. Toutefois, lorsque les enfants sont exposés à des facteurs de risque plus importants ou qui s'accumulent

(risques cumulatifs), les enfants ayant un attachement sécurisant sont considérés comme plus résilients, alors que ceux ayant un attachement insécurisant sont considérés plus vulnérables (Kobak, Ferenz-Gillies, Everhart, & Seabrook, 1994). Il est suggéré que les enfants ayant un attachement sécurisant auront des stratégies de gestion du stress plus efficaces. À l'inverse, les enfants avec un attachement insécurisant auront des façons de gérer le stress moins efficaces et moins flexibles, les mettant davantage à risque de développer des problèmes de santé mentale en présence de nombreux stressors (risque élevé). Les symptômes d'anxiété sont donc susceptibles d'émerger lorsque les stratégies de gestion du stress (*coping*) de l'enfant échouent ou sont dépassées (Kobak et al., 1994).

Par ailleurs, le modèle vulnérabilité-stress lié à l'attachement (Kobak et al., 2006) considère également l'attachement de la mère (ou du principal donneur de soin) comme un facteur ayant une influence dans le développement des stratégies de régulation du stress et l'émergence de psychopathologie chez l'enfant, tels les troubles anxieux. Par exemple, selon ce modèle, une insécurité des représentations d'attachement chez la mère pourrait être source de comportements parentaux atypiques (p. ex., imprévisibilité, intrusion, rejet), ce qui pourrait ajouter un niveau de stress au sein des interactions dyadiques et augmenter le risque que les stratégies de régulation de l'enfant soient insuffisantes. De plus, il est souligné que les stratégies de régulation affective déployées chez la mère peuvent avoir une influence sur les stratégies de régulation développées chez l'enfant (Kobak et al., 2006). Puisque l'attachement de l'enfant et de

sa mère s'avèrent des facteurs impliqués simultanément avec d'autres facteurs de risques dans l'émergence de troubles anxieux chez l'enfant, la nature des représentations d'attachement chez l'enfant anxieux et chez sa mère seront plus particulièrement examinées dans la prochaine section.

### **L'attachement chez l'enfant anxieux et chez sa mère**

#### **Bases théoriques de l'attachement**

Dans sa célèbre trilogie *Attachement et perte* (1969/1982, 1973, 1980), John Bowlby partage les apprentissages qu'il a réalisés en tant que pédiatre et psychanalyste, inspiré tant par des observations d'enfants hospitalisés et d'orphelins après la Deuxième Guerre mondiale que par d'autres collègues psychanalystes. Il y expose sa théorie de l'attachement, en mettant de l'avant le besoin vital pour l'être humain de se lier de façon affective à autrui et décrit de quelle façon les liens d'attachement se forment et se maintiennent au cours de la vie. L'attachement est défini comme un lien émotionnel privilégié et durable qu'un enfant développe envers son donneur de soin, la figure d'attachement (FA; Bowlby, 1969/1982). De façon générale, un enfant s'attache à un nombre restreint d'individus (Main, 1996), constitué des personnes prenant régulièrement soin de lui dans les premières années de sa vie et incluant normalement la mère (Ainsworth et al., 1978). Les premiers liens d'attachement chez le nourrisson sont habituellement formés vers l'âge de 7 mois (Ainsworth, 1989; Main, 1996). Le jeune enfant serait programmé biologiquement afin de tenter de maintenir une proximité physique avec sa FA, source de sécurité et de réconfort, et ce, particulièrement en cas de

détresse, ce qui aurait une fonction adaptative de survie (Bowlby, 1969/1982). Une interaction dynamique entre les systèmes d'attachement, de la peur et de l'exploration influencerait le niveau d'adaptation de l'enfant. D'une part, le système d'attachement exercerait une fonction de protection et de régulation lorsque l'enfant est confronté à une peur ou un danger (fonction de « *refuge* » de la relation d'attachement). D'autre part, la confiance entretenue par l'enfant envers son donneur de soin favoriserait la capacité de l'enfant à explorer dans des situations nouvelles et comportant des défis (fonction de « *base de sécurité* » de la relation d'attachement).

Au fil de l'expérience répétée d'un certain style de réponse à ses besoins par la FA, le jeune enfant apprend à reconnaître et à prévoir le comportement de la mère ou du principal donneur de soin. L'enfant en vient donc à construire et intérioriser graduellement un ensemble d'attentes en contexte relationnel en fonction du degré de réponse et de l'accessibilité de la FA lors de ses expériences de détresse. Ces expériences et les attentes qui y sont associées se consolident dans ce que Bowlby réfère en tant que « modèles opérants internes » (MOI; *internal working models*). Ces MOI comprennent des représentations de soi et d'autrui en contexte relationnel (Bowlby, 1988; Bretherton, 1987; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Le modèle de soi correspondrait à une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé et de recevoir des soins, alors que le modèle d'autrui renverrait à sa perception des autres comme étant plus ou moins sensibles et attentifs à ses besoins (Bretherton & Munholland, 2008). Ainsi, lorsqu'un enfant se sent aimé et protégé et qu'il perçoit son

entourage comme apte à lui prodiguer des soins et du réconfort, ses représentations de soi et des figures d'attachement sont vécues comme compatibles et cohérentes, ce qui est sécurisant. Par contre, lorsqu'un enfant ne se sent pas aimé et qu'il perçoit son entourage comme rejetant, instable ou incapable de lui prodiguer des soins ou de l'affection, l'enfant développera des représentations multiples et conflictuelles de soi et des autres, en cherchant à se défendre par diverses stratégies internes contre une évaluation négative et intolérable de soi et de l'autre. Un tel mode de fonctionnement est à la base de l'attachement insécurisant, qui peut prendre différentes couleurs en fonction des MOI qui le sous-tendent.

Pendant la petite enfance, l'activation du système d'attachement en situation de détresse et des différents styles de MOI intériorisés serait observable plus directement par différents patrons de comportements d'attachement (Bowlby, 1969/1982). Ce sont ces comportements d'attachement qu'évalue le protocole de la « Situation étrange » (*Strange situation*; Ainsworth et al., 1978). Ainsworth et son équipe (1978) ont identifié trois patrons d'attachement organisés sous-tendus par l'activation de stratégies d'attachement caractéristiques, soit l'attachement sécurisant (B), l'attachement insécurisant-évitant (A), l'attachement insécurisant-ambivalent (C), puis, plus tard, l'attachement désorganisé (D) fut défini par Main et Solomon (1990). Soulignons que le patron d'attachement intériorisé serait particulièrement important afin de guider le comportement de l'enfant dans les situations stressantes, influençant entre autres le degré selon lequel il est capable de gérer efficacement ses émotions négatives (Nolte et

al., 2011; Schore, 1994). La prochaine section abordera les différentes stratégies d'attachement pouvant être adoptées et leur influence sur le développement des habiletés de régulation des émotions, dont l'anxiété.

### **Stratégies d'attachement et régulation des émotions**

Plusieurs auteurs proposent que le niveau de sécurité d'attachement altère fondamentalement les habiletés de l'enfant à réguler ses émotions, dont le stress et les affects négatifs (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003; Nolte et al., 2011; Schore, 1994; 2003). La qualité de la réponse de la FA aux émotions exprimées par l'enfant est particulièrement importante afin de déterminer la nature des stratégies d'attachement prédominantes qui seront adoptées par l'enfant. Les enfants qui ont un attachement sécurisant, ayant vécu une relation où un parent sensible répond adéquatement à ses besoins affectifs, peuvent exprimer leurs besoins librement et explorer l'ensemble de leurs émotions sans avoir à inhiber ou amplifier les affects négatifs (Sroufe, 1996). Il s'agit de la « *stratégie primaire* » de régulation émotionnelle, basée sur l'expression des besoins et la possibilité de corégulation des états affectifs avec le donneur de soins. Au fil du développement, ces expériences sont intériorisées et résultent en stratégies de régulation efficaces et flexibles chez l'enfant.

Inversement, dans une relation marquée par l'insécurité, l'enfant développe plus difficilement une capacité à explorer et à gérer efficacement ses émotions. En effet, lorsque confronté à la détresse et que les stratégies primaires d'attachement échouent à

provoquer des comportements appropriés du donneur de soins, l'enfant doit recourir à des stratégies dites « *secondaires* » afin de promouvoir la proximité et de réguler sa détresse. Ces stratégies secondaires sont caractérisées par des modes de *désactivation* (typique de l'attachement évitant) ou d'*hyperactivation* (typique de l'attachement ambivalent) (Fonagy & Target, 2002; Mikulincer et al., 2003). D'une part, les enfants qui ont un attachement insécurisant-évitant, ayant un historique relationnel avec une figure vécue comme rejetante ou intrusive, bloquent les états émotionnels qui activeraient leur système d'attachement, inhibent l'expression de leurs émotions, orientent leur attention loin des expériences émotionnelles et apprennent à dépendre uniquement d'eux-mêmes (Cassidy & Kobak, 1988). Plusieurs études ont démontré que, bien que les enfants évitants n'expriment pas leurs émotions et présentent généralement peu d'indices de leur détresse au plan comportemental, ils s'avèrent plus actifs physiologiquement et présentent un niveau de cortisol plus élevé que les autres enfants (Hertsgaard, Gunnar, Erickson, & Nachmias, 1995; Spangler & Grossman, 1993). D'autre part, les enfants avec un attachement insécurisant-ambivalent amplifient leurs sentiments de détresse afin d'obtenir le contact ou de s'assurer de maintenir le lien avec leur FA, vécue comme imprévisible ou inconstante (Mikulincer et al., 2003). Les enfants ambivalents apprennent à garder leur système d'attachement activé de façon chronique, en étant hypervigilants aux menaces potentielles. Conséquemment à cette hyperactivation, les enfants ayant un attachement ambivalent présentent donc également un niveau de cortisol élevé ainsi qu'une activation chronique du système nerveux sympathique (Gunnar & Quevedo, 2007). Bien qu'initialement adaptatives pour l'enfant

dans un contexte relationnel donné, le recours à de telles stratégies insécurisantes à plus long terme et leur généralisation progressive à l'ensemble des relations interpersonnelles semblent être peu efficaces et associés à l'émergence de psychopathologie, dont l'anxiété sévère (Hesse, 2008; Kobak et al., 2006). Le niveau de sécurité d'attachement de l'enfant et les stratégies de régulation émotionnelle mobilisées ont donc une influence fondamentale sur le développement de la personnalité et sur l'adaptation de l'individu. Conséquemment, différents outils cliniques et de recherche ont été développés afin d'observer l'évolution du style d'attachement dans les étapes de vie ultérieures.

### **Les représentations mentales d'attachement : l'*Adult Attachment Interview* et le *Child Attachment Interview***

Au fil du développement de l'enfant, Bretherton et Munholland (2008) proposent que le système d'attachement se complexifie, devenant un système intériorisé et représentationnel. Les différents patrons d'attachement, de régulation affective et de communication sont renforcés et internalisés sous forme de représentations mentales structurant l'esprit. Mary Main (1985), chercheuse ayant ouvert la voie à l'étude de l'attachement au niveau représentationnel, et ses collaborateurs proposent que :

Les représentations d'attachement sont un ensemble de règles conscientes et inconscientes pour l'organisation de l'information reliée à l'attachement qui dirige non seulement les émotions et les comportements, mais également l'attention, la mémoire et la cognition. Les différences individuelles sont observables non seulement dans les patrons au plan non-verbal, mais aussi dans les patrons du langage et de structures de l'esprit [traduction libre] (Main et al., 1985, p. 66).



Les représentations mentales d'attachement peuvent être identifiées et catégorisées depuis quelques décennies chez l'adulte à partir de l'*Adult Attachment Interview* (AAI <sup>1</sup>; George, Kaplan, & Main, 1984, 1996). Cet instrument est considéré comme la méthode par excellence pour évaluer l'état d'esprit actuel en regard de l'attachement (*attachment state of mind*) concernant les expériences passées avec les parents (George et al., 1984). L'entrevue rend possible l'émergence des représentations d'attachement via l'activation du système d'attachement en suscitant une détresse relationnelle modérée (situation d'entrevue intime avec un inconnu, questions sur les relations aux figures d'attachement, questions sur des moments de vulnérabilité). À l'aide d'une *analyse du discours* évaluant les stratégies défensives, traduisant une hyperactivation ou désactivation de l'attachement ainsi que la cohérence globale du discours (voir la description du système de cotation de l'AAI dans la section Méthode), l'AAI permet d'identifier quatre différents patrons d'attachement chez les individus, théoriquement équivalents aux patrons comportementaux décrits dans la *Situation étrange*, soit des représentations de types sécurisant-autonome (F), insécurisant-détaché (Ds), insécurisant-préoccupé (E) ou deuil ou trauma non-résolu (D). Un schéma illustrant un continuum des représentations d'attachement à l'AAI est présenté en Appendice B. Le protocole de l'AAI a été développé et structuré afin de mettre en évidence les différences individuelles liées aux stratégies de régulation émotionnelle ayant été profondément intériorisées.

---

<sup>1</sup> L'AAI sera désigné au masculin dans le cadre de la présente thèse.

Ce n'est que récemment que l'AAI a été adapté afin d'évaluer les représentations d'attachement chez les enfants de 8 à 15 ans avec le *Child Attachment Interview* (CAI<sup>2</sup>; Shmueli-Goetz et al., 2004; Target et al., 1999). Le CAI est centré sur les souvenirs plus ou moins récents de situations actuelles de la vie de l'enfant, plus particulièrement concernant les relations avec les figures d'attachement et les situations de vulnérabilité (pertes, séparations, maladie) (voir la description du système de cotation du CAI dans la section Méthode). Le CAI permet de classer les représentations d'attachement envers chaque figure parentale selon des catégories équivalentes à l'AAI : les représentations d'attachement de type sécurisant, insécurisant-détaché, insécurisant-préoccupé ou désorganisé. Notons que pour ce qui est des enfants et adolescents (CAI), le terme « désorganisé » est préféré au terme « non-résolu », puisqu'à cet âge on ne s'attend pas à ce qu'il y ait eu possible « résolution » d'un deuil ou d'un abus. Les chercheurs peuvent désormais appliquer les éléments fondamentaux de l'AAI dans la codification des entrevues d'enfants, avec des preuves empiriques démontrant de plus en plus que les évaluations de l'attachement basées sur le narratif ont une validité similaire pendant l'enfance et l'âge adulte (Shmueli-Goetz, Target, Fonagy, & Datta, 2008). En effet, Target, Fonagy et Shmueli-Goetz (2003) ont démontré que les enfants d'âge scolaire peuvent répondre directement aux questions liées aux expériences d'attachement, l'entrevue abordant des situations de leur vie quotidienne. Par ailleurs, le CAI est également considéré à certains égards comme similaire à la *Situation étrange*, cette méthode d'évaluation s'appuyant sur l'activation du système d'attachement et étant

---

<sup>2</sup> Le CAI sera désigné au masculin dans le cadre de la présente thèse.

caractérisée par la rencontre de l'enfant et un étranger/expérimentateur. Il est postulé que l'enfant s'appuiera sur ses représentations mentales pour supporter ou inhiber son engagement dans la tâche. Soulignons que dans le cadre du CAI, l'intervieweur peut offrir davantage de soutien pour aider l'élaboration de l'enfant. Ensuite, la codification au CAI reposera à la fois sur l'analyse du discours et sur les comportements observés sur le vidéo en tant que source importante d'informations afin d'attribuer une classification d'attachement.

Le CAI a été élaboré en tenant compte des particularités développementales propres à la période scolaire (Shmueli-Goetz et al., 2008). D'une part, entre 6 et 14 ans, le système d'attachement devient de plus en plus sophistiqué et les enfants dépendent moins des figures d'attachement (Kerns, 2008). L'un des changements majeurs à survenir à partir de la période scolaire concerne le niveau de la régulation du système d'attachement. Bowlby (1989; cité dans Ainsworth, 1989) suggère en effet que le but du système d'attachement passe d'une recherche de *proximité* concrète pendant la petite enfance vers la recherche de *disponibilité* de la FA pendant la période scolaire (Kerns, Tomich, Aspelmeier, & Contreras, 2000). Un déclin dans la fréquence et l'intensité des comportements d'attachement est donc observable, l'enfant parvenant davantage à s'appuyer sur lui-même ou sur la représentation mentale d'une possible reprise de contact avec le parent, si nécessaire (Kerns, Tomich, & Kim, 2006; Marvin & Britner, 2008). D'autre part, en lien avec les habiletés cognitives graduellement acquises par l'enfant, les représentations d'attachement de celui-ci deviennent plus élaborées et

organisées pendant la période scolaire (Bertherton & Munholland, 2008; Mayseless, 2005). Les enfants d'âge scolaire et les préadolescents entretiendront toutefois des modèles différenciés envers chacun des parents, n'ayant pas encore atteint le stade de l'abstraction de la pensée. La capacité à intégrer leurs expériences relationnelles en un seul modèle unifié apparaît graduellement pendant l'adolescence (Allen, 2008).

Sur le plan de l'*analyse du discours* telle qu'effectuée au CAI et à l'AAI, des scores sont attribués sur différentes échelles continues (Tableau 1), représentant différentes dimensions du discours liées à l'attachement. Les définitions complètes des échelles continues du CAI et de l'AAI seront fournies dans la section Méthode. Soulignons que le CAI présente plusieurs échelles continues communes avec l'AAI (idéalisation, colère préoccupée, détachement/dénigrement, cohérence). En fonction de chaque catégorie de représentations d'attachement (sécurisant, insécurisant-préoccupé, insécurisant-détaché), des profils différents aux échelles continues sont observables, tel que présenté en Appendice C.

Tableau 1

*Échelles continues de cotation pour le CAI et l'AAI*

CAI	AAI
Ouverture émotionnelle	<b>Idéalisation*</b>
Équilibre positif/négatif	<b>Colère*</b>
Utilisation d'exemples	<b>Dénigrement*</b>
<b>Idéalisation*</b>	Manque de rappel
<b>Colère préoccupée*</b>	Métacognition
<b>Détachement/dénigrement*</b>	Passivité
Résolution de conflits	Peur de perdre son enfant réel
<b>Cohérence*</b>	Non-résolution deuil/trauma
	<b>Cohérence discours/pensée*</b>

\* Échelles continues communes entre le CAI et l'AAI.

Note: L'échelle « désorganisation » au CAI est cotée de façon dichotomique (absence/présence), n'étant ainsi pas considérée comme une échelle continue.

Les échelles communes, à l'exception de l'échelle de cohérence, représentent les principales stratégies défensives d'attachement mobilisées par les individus en fonction des différents types de représentations d'attachement internalisées : les stratégies d'*hyperactivation* (colère préoccupée, typique de l'attachement préoccupé) et les stratégies de *désactivation* (idéalisations et détachement/dénigrement, typiques de l'attachement détaché). Puisque les catégories d'attachement et certaines échelles continues sont similaires entre les systèmes de cotation du CAI et de l'AAI, les différentes catégories de représentations d'attachement seront brièvement présentées ci-dessous de façon conjointe.

**Attachement organisé sécurisant/autonome.** Tout d'abord, les représentations d'attachement de type sécurisant/autonome se caractérisent principalement par une

cohérence du discours, une valorisation de la relation à la FA et une ouverture à l'exploration des affects (Hesse, 2008; Main, Hesse, & Goldwin, 2008). Les individus ayant un attachement sécurisant maintiennent généralement un discours ouvert, organisé et contenu, témoignant de stratégies d'attachement flexibles et variées. De plus, leurs entrevues sont caractérisées par un regard équilibré et nuancé sur les figures parentales ainsi qu'une capacité à fournir des souvenirs et des exemples en appui aux propos. Les adultes sont également conscients des effets que peuvent avoir les expériences passées sur leur développement personnel et fournissent des descriptions qui ne sont pas contradictoires.

**Attachement organisé insécurisant-détaché.** Les représentations d'attachement de type détaché se traduisent principalement par une idéalisation des figures parentales ou un dénigrement de la valeur des relations, par un faible rappel de nature défensive (plutôt qu'en lien avec les capacités cognitives), ainsi que par une faible ouverture aux émotions (Hesse, 2008). La grande majorité des individus détachés ont tendance à minimiser l'importance des relations d'attachement, tout en essayant de transmettre un portrait positif des figures parentales. Par exemple, ils donnent fréquemment des adjectifs positifs pour décrire leur relation avec leurs parents, mais échouent à fournir des exemples appuyant ces adjectifs. Enfin, bien que les individus détachés soient parfois capables d'identifier des affects, leurs réponses émotionnelles sont généralement peu élaborées, plaquées ou peu connectées.

**Attachement organisé insécurisant-préoccupé.** Les représentations d'attachement de type préoccupé se caractérisent principalement par l'émergence d'une colère ressentie dans le présent, un manque de contenance, ainsi qu'un blâme excessif de soi ou d'autrui (Hesse, 2008). L'individu préoccupé au sens de l'attachement n'a pas de difficultés à se souvenir des événements, mais il semble plutôt envahi par des émotions ou par ses expériences passées au point où cela interfère avec le cours de l'entrevue. Cela se manifeste entre autres par de la confusion, des propos hors sujets et des tours de parole exagérément longs. Durant l'entrevue, l'individu préoccupé peut également rechercher de façon active la validation de l'intervieweur, témoignant d'un besoin d'étayage et d'une dépendance parfois excessive à l'autre. Allant en ce sens, il émerge de ces entrevues l'impression d'une identité définie avant tout par les expériences passées et une individuation difficile.

**Désorganisation par rapport à des deuils ou traumatismes / deuil ou trauma non-résolu.** Enfin, les représentations d'attachement désorganisé/non-résolu se caractérisent par une pensée bizarre, désorganisée ou dissociée lorsqu'une expérience traumatisante ou un deuil sont ramenés à la conscience. La détresse engendrée par ces traumatismes est si importante que les enfants désorganisés et les adultes « non résolus » l'excluent de leur conscience de façon souvent dissociative. Cette stratégie défensive, ayant été désignée par Bowlby (1980) selon le terme « ségrégation », permet à l'individu de fonctionner relativement bien aussi longtemps que le trauma n'est pas réactivé. Dans le système de cotation de l'AAI, la classification non-résolue a préséance sur une autre classification.

Le codeur attribue toujours l'une des autres classifications de façon secondaire car le reste du discours (lorsque l'évènement traumatique n'est pas présent à la conscience) peut démontrer les caractéristiques de l'une ou l'autre des catégories d'attachement. Au CAI, la désorganisation peut se manifester par le contrôle de l'entrevue et de l'interviewer. Pendant la période préscolaire, les enfants ayant un attachement désorganisé tentent de s'organiser en devenant contrôlants avec la figure d'attachement, soit en exerçant un contrôle de type punitif ou donneur de soin (*caregiver*) (Wartner, Grossman, Fremmer-Bombik & Suess, 1994). Les émotions ou expériences vécues par l'enfant susceptibles d'activer son système d'attachement sont alors exclues de la conscience par diverses stratégies, dont la dissociation ou l'exclusion défensive. À long terme, un tel mode de fonctionnement entrave de façon significative le développement de l'enfant ainsi que sa capacité à intégrer les différentes parties de son expérience (Borelli, David, Crowley, & Mayes, 2010).

Enfin, un débat est présent au sein de la communauté de chercheurs en attachement concernant la façon dont les mesures représentationnelles de l'attachement sont employées et les résultats sont rapportés. À ce jour, la majorité des études liées à l'attachement ont priorisé une approche davantage catégorielle, soit les comparaisons de groupes correspondant aux catégories d'attachement. Toutefois, Fraley et Spieker (2003) proposent qu'afin de saisir les variations au sein des profils d'attachement, une approche davantage continue s'attardant aux différentes dimensions (échelles continues) de l'attachement devrait également être retenue de façon complémentaire à l'approche



catégorielle. Zachrisson (2012) propose également que la considération à la fois catégorielle et dimensionnelle de l'attachement permet de mieux rendre compte de la variabilité interindividuelle. En ce sens, MacCallum, Zhang, Preacher et Rucker (2002) soutiennent que le recours exclusif à l'approche catégorielle risque de mener « à une perte d'informations concernant les différences individuelles, à une perte de taille d'effet et de puissance statistique ainsi qu'à des difficultés de comparaison et d'agrégation des résultats à travers les études » [traduction libre] (p.29). La présente thèse s'inscrira donc dans cette perspective, en adoptant également une approche dimensionnelle dans la description des représentations d'attachement, bonifiant ainsi l'approche classique uniquement catégorielle (Sroufe, 2003). Soulignons qu'il s'agira ainsi de la première étude réalisée auprès d'une population clinique d'enfants ayant un trouble anxieux à décrire les correspondances intergénérationnelles des représentations d'attachement chez l'enfant anxieux et chez sa mère, à la fois en termes de catégories et de dimensions, telles qu'évaluées par le CAI et l'AAI.

### **Correspondances intergénérationnelles des représentations d'attachement mère-enfant**

De façon générale, les chercheurs dans le domaine de l'attachement semblent s'entendre concernant l'hypothèse selon laquelle il y a une correspondance sur le plan des représentations d'attachement chez la mère et son enfant (Hesse, 2008). Depuis plusieurs années, les études ont démontré une association entre le type de représentation d'attachement de la mère mesuré à l'aide de l'AAI et le type de patron d'attachement de

son jeune enfant, mesuré à l'aide de la Situation étrange (van IJzendoorn, 1995). Soulignons que van IJzendoorn (1995) s'attendait effectivement à trouver une telle correspondance entre ces deux mesures, comme l'AAI a été développé dans le but de prédire la catégorie d'attachement de l'enfant à la *Situation étrange*. Par la suite, de nombreuses autres études ont également mis en évidence la forte association existante entre les représentations du parent, telles que perçues à partir de l'AAI, et le style d'attachement de son enfant, tel qu'évalué à partir de la Situation étrange (Main et al., 1985). Par exemple, Fonagy et al. (1991) ont démontré que, lorsqu'elles sont mesurées chez la mère à l'aide de l'AAI avant la naissance de l'enfant, les représentations d'attachement de la mère permettent de prédire le style d'attachement de l'enfant à l'âge d'un an. Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon composé de 100 mères issues de population normale. De façon plus spécifique, en considérant les différentes catégories d'attachement, van IJzendoorn (1995) a identifié que 82 % des mères qualifiées comme ayant intériorisé un attachement sécurisant à l'AAI ont un enfant présentant un attachement sécurisant envers elles lors de la Situation étrange, 65 % des mères détachées ont un enfant présentant un attachement évitant et 35 % des mères qualifiées comme étant préoccupées ont un enfant identifié comme ambivalent à la Situation étrange.

D'une autre côté, dans une étude réalisée auprès de 61 dyades mère-enfant (âgés de 14 mois), Shah, Fonagy et Strathearn (2010) soulignent que la transmission intergénérationnelle des patrons d'attachement mère-enfant s'avère plus robuste

lorsqu'observée sur un continuum (allant de sécurisant à insécurisant) qu'en tenant compte uniquement des quatre catégories. Leur étude rapporte également une tendance chez les enfants à développer une stratégie d'attachement complémentaire à celle de leur mère lorsque les représentations de cette dernière sont de type insécurisant, plutôt que d'afficher les mêmes patrons d'attachement comme ce serait attendu théoriquement. Ceci expliquerait que la correspondance intergénérationnelle soit plus forte pour la sécurité que pour chacune des catégories d'attachement insécurisant. Par exemple, selon Shah et al. (2010), une mère préoccupée aurait tendance à avoir un enfant présentant un attachement insécurisant-évitant. En effet, la tendance à recourir à des stratégies d'hyperactivation chez la mère pourrait entraîner l'enfant à privilégier la désactivation de certaines émotions afin de préserver un certain seuil d'équilibre, et ce, particulièrement si le père présente une tendance à recourir à des stratégies de désactivation. Enfin, concernant plus particulièrement les représentations d'attachement chez la mère et son enfant d'âge scolaire, Shmueli-Goetz et al. (2008) ont démontré que la correspondance entre les quatre catégories d'attachement obtenue à l'AAI et le CAI était élevée, et ce tant au sein de population normale ou clinique. Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 227 enfants, dont 65 enfants ayant une problématique de santé mentale (diagnostics variés, à l'exception des troubles psychotique ou du spectre de l'autisme). À notre connaissance, la correspondance intergénérationnelle des représentations d'attachement mère-enfant n'a toutefois pas encore été examinée et rapportée au sein d'une population clinique présentant exclusivement des troubles anxieux diagnostiqués. La prochaine section présentera les écrits scientifiques existants à

ce jour concernant le lien entre les représentations d'attachement mère-enfant et les troubles anxieux chez les enfants.

### **Associations entre les représentations d'attachement mère-enfant et les troubles anxieux chez l'enfant**

Au plan théorique, dans son volume intitulé « Séparation: anxiété et colère », Bowlby (1973) formule l'une des premières propositions pour comprendre le développement de l'anxiété à la lumière de l'attachement. Il met l'accent sur le fait qu'à travers ses expériences passées, l'enfant apprend à prédire la disponibilité de sa FA. Si l'enfant est incapable de prédire la disponibilité du parent, particulièrement lorsqu'il en est séparé ou expérimente une situation source de détresse, il répondra avec une émotion de peur et un sentiment « d'anxiété flottante ». Ainsi, l'incertitude vécue à propos de la disponibilité et des réponses de sa FA constituerait un facteur à la base de l'anxiété. DeKlyen et Greenberg (2008) soulignent également que l'anxiété est un aspect fondamental de la théorie de l'attachement et qu'elle s'avère une manifestation probable lorsque le système d'attachement échoue à offrir à l'enfant un sentiment de sécurité et de protection. Sroufe (1996), quant à lui, soutient que la détresse associée à la séparation est l'une des formes les plus précoces d'anxiété expérimentée par l'enfant et suggère que cela pourra être un précurseur lié au développement de futures problématiques anxieuses. Enfin, plusieurs auteurs s'étant intéressés au plan théorique à la relation entre l'attachement et l'anxiété s'entendent pour dire que les enfants ayant un attachement insécurisant sont généralement davantage à risque de devenir anxieux étant donné, d'une

part, une vigilance liée à la disponibilité de leur figure d'attachement et, d'autre part, un sentiment d'isolement émotionnel (Bar-Haim, Dan, Eshel, & Sagi-Schwartz, 2007 ; Crittenden, 1995).

Au plan empirique, une faible cohésion et certains résultats contradictoires sont observables au sein de la communauté scientifique concernant l'association entre l'attachement et l'anxiété chez l'enfant. Tout d'abord, certains chercheurs proposent que ce soit le manque de sécurité d'attachement de façon générale qui s'avère associé au développement et au maintien de troubles anxieux, plaçant ainsi les enfants ayant un attachement ambivalent ou évitant plus à risque de développer de l'anxiété que les enfants ayant un attachement sécurisant (Bender, Sørhøvd, Pons, Reinholdt-Dunne, & Esbjørn, 2015; Kerns & Brumariu, 2014; Warren et al., 1997). D'autres chercheurs poussent la réflexion plus loin en émettant l'hypothèse que les différents types d'attachement insécurisant ne seraient pas associés au même risque de développer un trouble anxieux. Par exemple, selon la méta-analyse de Colonnese et al. (2011), les enfants ayant un attachement ambivalent, plutôt qu'évitant, seraient plus à risque de développer de l'anxiété. Toutefois, selon Brumariu et Kerns (2010b), la force de cette association diminue de façon importante lorsque les représentations désorganisées sont aussi prises en considération. Ce sont ces dernières qui sont alors davantage associées aux problèmes intériorisés, dont l'anxiété. Quelques chercheurs prétendent quant à eux que l'attachement évitant serait associé à la présence d'anxiété sévère (Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013). Notons toutefois que ces derniers résultats pourraient s'expliquer

par une définition plus large de l'anxiété dans ces études (p. ex., comportements intériorisés), contrairement aux études ayant utilisé une approche distinguant les différents diagnostics d'anxiété. En ce sens, Manassis (2001) a émis l'hypothèse selon laquelle chacun des patrons d'attachement serait plus particulièrement relié à des troubles anxieux qui leur sont spécifiques. Or, deux méta-analyses (Colonnesi et al., 2011; Kerns & Brumariu, 2014) soulignent le peu d'études à ce jour qui réfèrent à des symptomatologies anxieuses spécifiques, permettant ainsi difficilement de tester l'hypothèse de Manassis. Enfin, d'autres chercheurs suggèrent que l'attachement insécurisant est plus fortement associé avec des construits d'anxiété reposant sur les relations sociales, tels que l'anxiété de séparation et la phobie sociale (Brumariu & Kerns, 2008). Cependant, d'autres études démontrent la présence de relations entre l'attachement insécurisant et des types d'anxiété non-relationnelle. Par exemple, Ivarsson et al., (2010) ont identifié auprès d'un échantillon de 100 adolescents un lien entre l'insécurité et les troubles obsessionnels-compulsifs. En résumé, un faible consensus demeure concernant l'association entre l'attachement chez l'enfant d'âge scolaire et l'émergence de troubles anxieux. La présente étude exploratoire tentera de contribuer à clarifier ce flou empirique et d'offrir des pistes concernant la façon dont le style d'attachement et les troubles anxieux sont associés.

Dans le cadre de futures études, Brumariu et Kerns (2010a) soulèvent également l'importance que les associations entre les représentations d'attachement et les symptômes anxieux soient étudiées plus particulièrement au sein d'une population

clinique, permettant ainsi d'accéder à une plus grande variété et à une intensité plus élevée de symptômes anxieux. Il est également important de souligner qu'à ce jour, la plupart des études effectuées ont mesuré l'attachement chez les enfants à l'aide de questionnaires plutôt qu'à partir de mesures représentationnelles telles le CAI. Chez les enfants d'âge scolaire, seules deux études à ce jour ont mesuré l'attachement au niveau représentationnel en lien avec l'anxiété. Scharfe (2002) a examiné auprès de 127 adolescents le lien entre les représentations d'attachement et la présence générale d'anxiété, mais n'a pas distingué les différents types d'anxiété. Brumariu et Kerns (2008) ont étudié cette même question auprès de 74 enfants d'âge scolaire, mais seulement en lien avec l'anxiété de séparation et l'anxiété sociale. Par ailleurs, comme mentionné précédemment, Fraley et Spieker (2003) soulignent l'intérêt d'utiliser une approche dimensionnelle afin de saisir les variations au sein des profils d'attachement, plutôt que d'utiliser uniquement une approche catégorielle. En ce sens, les échelles continues, qui représentent des dimensions de l'attachement, qu'offrent le CAI et l'AAI ont très peu été utilisées à ce jour et pourront possiblement permettre d'identifier des liens plus précis et complets concernant la contribution de l'attachement à la symptomatologie anxieuse chez les enfants (Zachrisson, Røysamb, Oppedal, & Hauser, 2011). Cette étude permettra donc de vérifier les contributions relatives des représentations d'attachement de la mère et de l'enfant (en termes de catégories et de dimensions) à la symptomatologie anxieuse de l'enfant, ajoutant à la valeur clinique de l'étude.

Enfin, comme le propose la perspective de la psychopathologie développementale, il s'avère essentiel de demeurer attentif aux autres facteurs influençant également l'émergence de trouble anxieux chez l'enfant. La qualité de l'attachement de la mère et les comportements parentaux associés occuperaient également une place importante dans les modèles étiologiques de l'anxiété pendant l'enfance (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Dozois & Dobson, 2004). En effet, l'attachement insécurisant chez la mère serait reconnu comme étant associé à certains comportements, tels la surprotection, le contrôle parental excessif ou un manque d'ajustement aux besoins de l'enfant, jouant ainsi un rôle dans l'émergence d'anxiété chez l'enfant (de Wilde & Rapee, 2008). Par ailleurs, aucune étude à ce jour n'a examiné l'attachement à un niveau représentationnel chez les mères d'enfants ayant un ou des troubles anxieux diagnostiqués et n'a tenté de les mettre en lien avec l'émergence de troubles anxieux chez son enfant. De plus, aucune étude n'a exploré la présence de correspondances intergénérationnelles concernant les représentations d'attachement chez l'enfant anxieux d'âge scolaire et chez sa mère, telles que mesurées respectivement à l'aide du CAI et de AAI. De façon générale, la présente étude vise donc à améliorer les connaissances cliniques et empiriques concernant la nature des représentations d'attachement intériorisées tant chez l'enfant que chez la mère et leur contribution à la symptomatologie anxieuse développée chez l'enfant.



### **Objectifs de recherche**

La présente recherche comporte trois principaux objectifs, de nature exploratoire : 1) Décrire les profils d'attachement d'enfants d'âge scolaire ayant un trouble anxieux et chez leur mère, non seulement en termes de *catégories* mais également en termes de *dimensions* du discours; 2) Vérifier les correspondances entre les représentations d'attachement de la mère et de son enfant (catégories d'attachement et dimensions du discours); 3) Examiner les associations entre les différents types de représentations d'attachement chez la mère, chez l'enfant et le type de symptômes anxieux observés chez l'enfant ayant un trouble anxieux. L'inclusion de mesures d'anxiété plus générales permettra également d'inscrire cette étude non seulement dans l'approche médicale traditionnelle (diagnostics d'anxiété du DSM-IV), mais aussi dans l'approche développementale (conception plus dimensionnelle des troubles) (Cicchetti & Cohen, 2006).

## Méthode

## **Participants**

Dans le cadre de la présente étude, six enfants âgés entre 8 et 15 ans et leur mère ont été retenus. Le projet est réalisé en collaboration avec la *Clinique des troubles anxieux*, au sein du Département de Psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine (Montréal, Canada). Notons qu'il s'agit d'une clinique de troisième ligne et que les enfants ou adolescents qui y sont référés présentent un trouble anxieux particulièrement sévère ou résistant aux interventions. Toutes les familles référées à la clinique pour le trouble anxieux de leur enfant ou adolescent ont été informées de l'existence du projet de recherche par le psychiatre responsable de l'évaluation psychiatrique lors de la première rencontre à la clinique, lequel aura demandé si elles consentaient à être contactées par un assistant de recherche pour recevoir plus d'informations sur l'étude. Au moment du recrutement des participants, deux critères d'exclusions ont été considérés : 1) un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif (étant donné un autre projet de recherche en cours), 2) un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (la nature de ce trouble étant différente). Notons d'ailleurs que dans le cadre de la parution de la nouvelle édition du *Diagnostic and Statistical Manual - Fifth Edition* (DSM-5; APA, 2013), le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de stress post-traumatique ne sont désormais plus classifiés en tant que troubles anxieux. Le seul critère d'inclusion était l'âge des participants, tel qu'établi à partir du groupe d'âge de validation du CAI.

Afin d'assurer une représentativité de la diversité des troubles anxieux, l'échantillon a été constitué en sélectionnant trois participants ayant un diagnostic principal de trouble anxieux orienté vers les sphères relationnelles (trouble d'anxiété de séparation, trouble de phobie sociale) et trois participants ayant un diagnostic principal orienté vers les sphères non-relationnelles (trouble de phobie spécifique, trouble panique, trouble d'anxiété généralisée). Les trois premiers enfants rencontrés appartenant à chaque groupe et leur mère ont été sélectionnés afin de faire partie de la présente étude. La sélection a été effectuée à posteriori à partir des diagnostics principaux obtenus au K-SADS-PL.

### **Déroulement**

Le projet consiste en une rencontre d'évaluation à domicile ayant lieu dans les quatre premières semaines suivant le début de l'évaluation psychiatrique à la clinique. Notons que le diagnostic psychiatrique aura été posé par le psychiatre traitant lors de la première rencontre d'évaluation, avant la visite à domicile. La visite à domicile, durant environ 180 minutes et comportant également des mesures de l'étude plus vaste, a été effectuée par deux assistantes de recherche doctorantes en psychologie. L'auteure de la présente thèse aura été présente à domicile chez toutes les dyades incluses dans cette étude et aura administré les différents outils aux participants. Le formulaire de consentement expliqué à l'enfant et à sa mère est présenté dans l'Appendice D. Tout d'abord, une entrevue diagnostique portant sur la symptomatologie générale observée chez l'enfant, dont l'anxiété, est administrée aux parents (K-SADS-PL, voir description

ci-dessous) par l'une des assistantes. En parallèle, dans une autre pièce de la maison permettant d'assurer la confidentialité, les représentations d'attachement de l'enfant sont évaluées via le CAI par l'autre assistante. Ensuite, l'AAI est administrée à la mère. En fin de rencontre, des questionnaires de symptomatologie générale et anxieuse de l'enfant ont été remplis par la mère et l'enfant concernant les symptômes anxieux de l'enfant. L'appui d'une assistante est offert à l'enfant afin de s'assurer de sa compréhension aux items des questionnaires auto-administrés. Une enveloppe préaffranchie est remise pour retourner les questionnaires liés à la symptomatologie générale et anxieuse que la mère n'aura pas eu le temps de compléter pendant la rencontre.

## **Instruments de mesure**

### **Mesure des représentations d'attachement**

**Child attachment interview (Appendice E).** Le CAI (Shmueli-Goetz et al., 2004; Shmueli-Goetz et al., 2008; Target et al., 1999; Target et al., 2003) est une entrevue semi-structurée développée pour évaluer chez les enfants âgés entre 8 et 13 ans leur type de représentations d'attachement, bien que l'entrevue ait été utilisée et validée auprès de jeunes adolescents âgés jusqu'à 16 ans (Venta, Shmueli-Goetz, & Sharp, 2014). Les questions du CAI et son système de codification ont été adaptés de l'AAI en tenant compte des capacités linguistiques et cognitives des enfants et des jeunes adolescents. L'entrevue est filmée et transcrite pour la codification. Tout d'abord, les différents épisodes relationnels (ER) sont identifiés, soit toute partie du narratif où l'enfant décrit une interaction entre lui-même et une figure d'attachement. La

codification se fait principalement à partir d'une *analyse de discours*, mais incorpore également une part d'analyse du comportement non-verbal inspirée de la *Situation étrange* (Ainsworth et al, 1978). Notons que l'analyse du comportement permet principalement d'identifier des indices de désorganisation de l'attachement. L'entrevue a été traduite en français par Karin Ensink, Ph.D., professeure et chercheuse au département de psychologie de l'Université Laval.

De façon similaire au système de cotation de l'AAI, le système du CAI permet l'attribution de scores de 1 à 9 points sur diverses échelles continues (Shmueli-Goetz et al., 2004). Les définitions des échelles continues du CAI sont détaillées dans le Tableau 2. Soulignons que l'échelle continue « Préoccupation anxieuse/morbide » a été ajoutée récemment au CAI et est encore en cours de validation. Nous l'inclurons dans le cadre de la présente étude, étant donné sa pertinence auprès d'enfants présentant des symptômes d'anxiété sévère.

Tableau 2

*Définitions des échelles continues au CAI*


---

**Ouverture émotionnelle :** Le degré auquel des émotions variées sont nommées, complexes (p. ex., émotions mixtes) et semblent appropriées au contexte relationnel dans lequel elles s'inscrivent.

**Équilibre des références positives et négatives aux FA :** Le degré d'équilibre entre les références positives et négatives aux FA, prenant en considération que les enfants ont une tendance naturelle à employer des termes positifs pour parler de leurs FA.

**Utilisation d'exemples :** Le degré auquel les exemples sont fréquents, appropriés aux adjectifs relationnels qu'ils cherchent à justifier, et apportés sans investigation excessive de la part de l'intervieweur.

**Idéalisation\* :** Le degré auquel la description positive des FA est justifiée adéquatement par des exemples, et ce, sans manque de rappel défensif ou stratégies d'évitement du contact aux souvenirs et expériences négatives (p. ex., normalisation, minimisation).

**Colère préoccupée\* :** Le degré auquel la colère dirigée vers les FA est ressentie à nouveau dans l'entrevue, envahissante dans le discours et cherche à prendre à parti l'intervieweur.

**Préoccupation anxieuse/morbide :** Le degré de ruminations liées à des thèmes anxiogènes ou morbides.

**Détachement-dénigrement\* :** Le degré auquel la valeur de la relation avec les FA et le réconfort qu'elles peuvent apporter sont déniés ou diminués. Il s'agit ici de dénigrement et de dévalorisation du lien d'attachement et des relations en général, alors que lorsque la FA en particulier est activement dénigrée, on cote plutôt comme de la colère.

**Résolution de conflits :** Le degré auquel les conflits interpersonnels sont décrits et semblent s'être résolus positivement.

**Cohérence\* :** Prend en considération l'ensemble des échelles continues ainsi que les caractéristiques générales du discours.

---

\* Échelles communes entre le CAI et l'AAI.

Pour attribuer une classification principale d'attachement, une analyse des échelles continues (*bottom-up*) et une analyse des caractéristiques générales du discours (*top-down*) sont nécessaires. Les différentes caractéristiques générales du discours typiques des différentes catégories d'attachement à l'AAI et au CAI seront présentées ultérieurement dans la description de l'AAI (Tableau 4). Ainsi, le discours doit à la fois 1) être compatible avec des scores significatifs sur les principales échelles continues associées à chaque catégorie d'attachement et 2) rencontrer, à travers l'entrevue en général, les principaux descripteurs associés à une catégorie. L'équilibre de ces facteurs doit être considéré avant de statuer sur la classification générale attribuée.

Le CAI et son système de codification démontrent de bons indices de validité et fidélité, et ce, tant dans des populations cliniques que normatives (Borelli et al., 2010; Shmueli-Goetz et al., 2008). Comme l'ont démontré par Target et ses collaborateurs (2003), la classification obtenue au CAI n'est pas associée à l'âge, au genre, au statut socioéconomique, à l'ethnie, au QI verbal ou au type de famille (mono- ou bi-parentale). Dans la présente étude, la codification du CAI a été faite par Valérie Simard qui a reçu sa certification du *Anna Freud Centre* en février 2012. Cette certification fait état d'un accord inter-juges d'au moins 80 % par rapport à la classification (4 groupes) et les scores continus avec les développeurs du CAI, sur une série de 30 entrevues. Dans le cas de la présente thèse, nous n'avons pu faire un accord inter juges pour la codification de cet échantillon, puisque Valérie Simard s'avérait être la seule codificatrice certifiée en langue française au moment de l'analyse des données. L'auteure de la présente thèse a



par la suite également obtenu sa certification au CAI avec le Anna Freud Centre (décembre 2015), appuyant ainsi sa compréhension du système de codification pour la réalisation de la présente étude.

**Entrevue d'attachement adulte (AAI; Appendice F).** Traduction française de *l'Adult Attachment Interview* (George et al., 1984, 1996), l'AAI est considérée comme la mesure par excellence de l'attachement adulte dans une perspective développementale (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). L'AAI est une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer les représentations d'attachement chez les adultes. La durée d'administration est d'environ 60 minutes, une grande variabilité étant toutefois observée selon le style de discours de chaque individu. Le système de l'AAI, basé sur l'analyse du discours, postule que la *manière* de parler des expériences, plutôt que la nature de celles-ci, traduit les représentations sous-jacentes (Steele & Steele, 2008). Par exemple, un adulte ayant vécu de l'abus et de la négligence étant enfant peut tout de même présenter un discours traduisant un attachement sécurisant. Le système de l'AAI permet de classer le participant à l'intérieur des différentes catégories d'attachement, à partir d'une analyse *bottom-up* des échelles continues et *top-down* des caractéristiques générales du discours, suivant les mêmes principes que pour le CAI (voir section précédente).

Sur le plan du système de cotation, les dimensions évaluées à l'aide de l'AAI portent, d'une part, sur la nature des expériences d'attachement vécues (contenu), et

d'autre part, sur l'état d'esprit lié aux expériences d'attachement (analyse du discours). Dans le cadre de la présente thèse, les échelles liées à la nature des expériences d'attachement vécues ne seront pas rapportées, comme il n'y en a pas dans le CAI. Toutefois, avant d'attribuer des scores aux échelles d'états d'esprit, la nature des expériences d'attachement a tout de même été évaluée et considérée chez toutes les mères tel que requis par le système de codification de l'AAI. De façon générale, pour attribuer la catégorie générale d'attachement à l'AAI, notons que seules les échelles continues liées aux états d'esprit (analyse du discours) ainsi que les caractéristiques générales du discours contribuent. Les définitions des échelles continues liées aux états d'esprits de l'AAI sont présentées dans le Tableau 3. Les différentes caractéristiques générales du discours typique des différentes catégories d'attachement à l'AAI et au CAI sont présentées dans le Tableau 4.

Tableau 3

*Définitions des échelles continues d'état d'esprit à l'AAI*


---

**Idéalisation\*** : Le degré auquel la description positive des FA est justifiée adéquatement avec des exemples.

**Colère préoccupée\*** : Le degré auquel la colère dirigée vers les FA est ressentie à nouveau dans l'entrevue, envahissante dans le discours et cherche à prendre à partie l'intervieweur.

**Dénigrement\*** : Le degré auquel la valeur des relations interpersonnelles et le réconfort qu'elles peuvent apporter sont déniés, dévalorisés ou tournés en ridicule.

**Manque de rappel\*\*** : Incapacité persistante et défensive à se rappeler des souvenirs d'enfance.

**Métacognition** : Capacité de monitoring actif de son propre discours ou impression que la personne tient des propos personnels (plutôt que plaqués) témoignant d'une prise de conscience que chaque personne a sa propre représentation de la réalité (*diversité représentationnelle*) ou que la représentation de la réalité pour un même individu peut évoluer (*changement représentationnel*).

**Passivité** : Tendance à demeurer vague (p. ex., phrases incomplètes), à laisser planer le doute quant à des situations inquiétantes ou ambiguës, à avoir une pensée tangentielle (association libre) et un manque de précision de la pensée.

**Peur de perdre son enfant réel** : Présence d'une peur que son enfant décède lorsque séparé de lui.

**Non-résolution deuil/trauma** : Échec dans le raisonnement ou le discours lorsqu'un deuil ou un trauma sont évoqués (p. ex., pensées/croyances étranges, événement nié, absences/dissociation).

**Cohérence du discours\*** : L'échelle de cohérence prend en considération l'ensemble des échelles continues ainsi que les caractéristiques générales du discours, avec quelques interprétations globales supplémentaires (p. ex., fraîcheur et caractère personnel du discours, position réflexive, spontanéité et fluidité du discours).

**Cohérence de l'esprit\*\*\*** : Score souvent identique à la cohérence du discours, sauf dans les cas où des croyances défiant la réalité ou étranges pour la culture sont mises de l'avant, tel que parfois observé dans les cas d'attachement non-résolu.

---

\* Échelles communes entre le CAI et l'AAI.

\*\* Au CAI, le « manque de rappel » est inclus dans l'échelle Idéalisation.

\*\*\* Au CAI, les deux types de cohérence sont fusionnés en un seul score de cohérence globale.

Tableau 4

*Caractéristiques générales du discours selon les types d'attachement à l'AAI et au CAI*

<b>Attachement sécurisant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorisation de l'attachement et des relations avec les FA</li> <li>• À l'aise d'explorer le passé relationnel et les affects</li> <li>• Impression d'une personnalité « vivante », caractère « frais » et personnel du discours</li> <li>• Pardon explicite ou implicite par rapport aux manquements des parents</li> <li>• Propos nuancé et équilibré</li> <li>• À l'aise envers ses propres imperfections ou défauts</li> <li>• Humour</li> <li>• Pensée autonome et personnelle</li> <li>• Flexibilité</li> <li>• Collaboration dans le cadre de l'entrevue</li> <li>• Position réflexive</li> </ul>
<b>Attachement insécurisant-détaché</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponses abstraites, générales, comportant peu de souvenirs précis et d'émotions, donnant l'impression d'une entrevue « plate » ou superficielle</li> <li>• Soi décrit comme fort, indépendant</li> <li>• Peu de mention ou d'élaboration autour des blessures, de détresse, et d'avoir besoin des autres</li> <li>• Identification aux aspects négatifs des FA</li> <li>• Minimiser ou normaliser les expériences négatives</li> <li>• Emphase sur le plaisir, les activités ou les objets matériels, qui sont vus comme des indices d'amour ou d'expériences relationnelles positives</li> <li>• Justifie le choix d'un adjectif positif pour décrire la relation avec la FA par le recours à un autre adjectif positif</li> </ul>
<b>Attachement insécurisant-préoccupé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soi/sentiment d'identité étroitement lié aux expériences passées ou présentes avec les FA</li> <li>• Impression que l'individu ne discute pas ouvertement, car pour lui le sujet est familier/propos remâchés</li> <li>• Blâme excessif de soi ou d'autrui</li> <li>• Réponses très longues, mais l'individu demeure indécis</li> <li>• Oscillations évaluatives dans un même passage (illustre l'ambivalence)</li> <li>• Confusion temporelle (passé/présent), p. ex., le passé se rejoue dans le présent</li> <li>• Confusion de pronoms (soi/non-soi)</li> <li>• Sentiment que la personne, malgré ses efforts, a l'impression de ne pas avoir plu aux FA</li> <li>• Mots de substitutions (p. ex., blablabla, etc.)</li> <li>• Position traduisant l'impression de connaître les pensées d'autrui (transparence versus opacité des états d'esprit)</li> <li>• Changement radical d'opinion à propos d'une FA, en cours d'entrevue (passant de l'idéalisation à la colère)</li> </ul>

La validité et la fidélité de l'AAI et de son système de codification ont été démontrées comme étant excellentes à travers plusieurs études (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Hesse, 2008). Dans le cas de la présente étude, la codification des échelles à l'AAI a été faite par Valérie Simard et Luce Ranger, ayant toutes deux reçu la certification émise par l'Université de Berkley (CA, USA) respectivement en juillet 2011 et juillet 2010. Cette certification fait état d'un accord inter juges d'au moins 80 % par rapport à la classification (4 groupes) avec les développeurs de l'AAI, sur une série de 30 entrevues. Dans le cas de la présente thèse, un accord inter juges de 100 % a été obtenu concernant les classifications attribuées par les deux codificatrices.

### **Mesures de l'anxiété chez l'enfant**

**Évaluation par l'équipe traitante.** Suivant la procédure habituelle, chaque enfant admis à la clinique a été évalué par le psychiatre traitant lors d'une première rencontre. Il s'agit d'une appréciation clinique basée sur les critères diagnostiques des troubles de la santé mentale du DSM-IV-TR (APA, 2000). Notons que les familles incluses dans la présente étude ont été vues avant la publication du DSM-5 (APA, 2013).

**Entrevue diagnostique.** Le *K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime version*; Kaufman et al., 1997; Appendice G) permet d'objectiver la présence d'un ou de plusieurs diagnostics. Basée sur le DSM-IV (APA, 1994), cette entrevue semi-structurée est administrée aux parents par une assistante de recherche formée. Une traduction en français de l'entrevue

a été effectuée par les assistantes de recherche. Cette entrevue qui couvre plus de 30 catégories diagnostiques chez les 6-18 ans présente l'avantage, comparativement à d'autres entrevues similaires, de débiter par un dépistage ciblant seulement les diagnostics les plus plausibles pour l'exploration approfondie, réduisant ainsi le temps de passation, tout en présentant une excellente cohérence interne ( $\alpha = 0,94$ ) et l'un des meilleurs niveaux de fidélité test-retest parmi les entrevues comparables (de 0,77 à 1,00) (Renou, Hergueta, Flament, Mouren-Simeoni & Lecrubier, 2004).

**Questionnaires.** *L'Échelle révisée d'anxiété manifeste chez l'enfant* (Appendice H) est une traduction française du *Revised Child Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978; Appendice H). Cette échelle auto-administrée consiste en 37 items pouvant être répondus par oui ou non. Trois dimensions de l'anxiété sont évaluées, soit les inquiétudes-hypersensibilité (IH), l'anxiété physiologique (AP) et les préoccupations sociales-concentration (PC). La version française présente la même structure factorielle que la version originale, une cohérence interne élevée ( $\alpha = 0,88$ ) ainsi qu'une fidélité test-retest s'étendant de 0,27 à 0,68 (Turgeon & Chartrand, 2003).

Ensuite, le *Behavior Assessment Scale for Children, seconde version* (BASC-II; Reynolds & Kamphaus, 2004; Appendice I) est également rempli par la mère (version parents) et par l'enfant (version auto-administrée). Ce système permet d'évaluer à la fois les capacités d'adaptation et les problèmes extériorisés et intériorisés, dont plus particulièrement les échelles « Anxiété » et « Somatisation » qui seront rapportées

lorsque cliniquement significatives dans le cadre de la présente étude. Le BASC-II présente d'excellentes propriétés psychométriques, telles qu'une cohérence interne très élevée ( $\alpha = 0,90$ ) ainsi qu'une fidélité test-retest s'étendant entre 0,70 à 0,80 pour les différentes échelles (Reynolds & Kamphaus, 2004).

### **Analyses envisagées**

Dans un premier temps, les informations identifiées au Tableau 5 seront décrites de façon constante et systématique pour chacune des six dyades participantes dans la présente étude de cas multiples. Une telle systématisation des données rapportées pour chaque cas vise à optimiser la validité interne de l'étude en réduisant les biais liés à la subjectivité du chercheur et à augmenter la reproductibilité de l'étude. Dans un deuxième temps, une *analyse transversale* (Yin, 1994) des cas présentés sera effectuée, afin d'identifier les principales tendances observées à travers l'échantillon concernant :

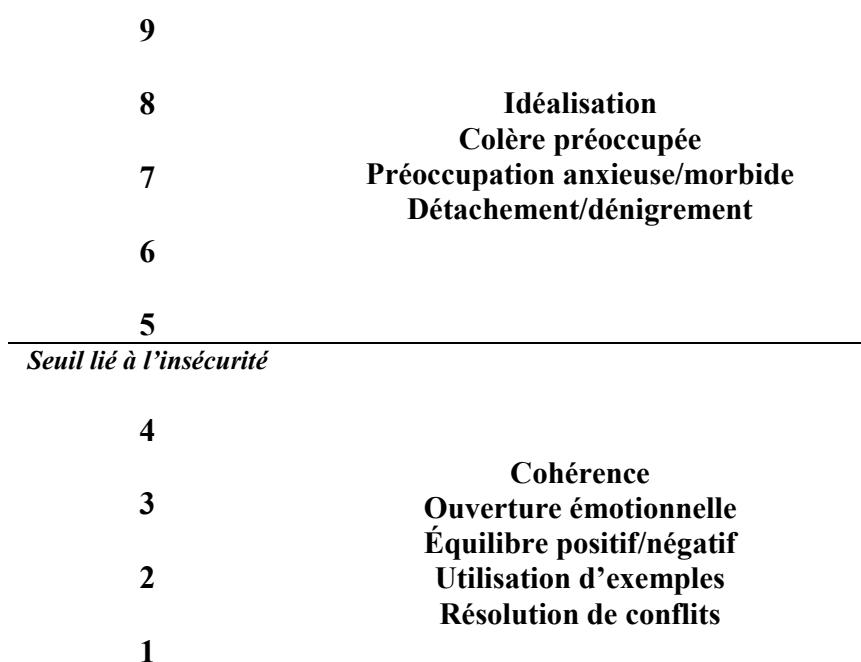
- 1) la nature des représentations d'attachement chez les enfants anxieux et chez leur mère, en termes de catégories et de dimensions du discours, 2) la correspondance mère-enfant des représentations d'attachement, en termes de catégorie et de dimensions du discours et 3) la nature des associations entre les différents types de représentations d'attachement de l'enfant, de sa mère et le type de symptômes anxieux chez l'enfant présentant un trouble anxieux.

**Tableau 5**  
*Description systématique de chaque cas.*

Variables	Mesures	Données rapportées	Seuil significatif pour être rapportées
<b>1) Description de l'anxiété chez l'enfant et comorbidités</b>			
<b>Diagnostics et dimensions d'anxiété</b>	<b>Évaluation psychiatrique</b>	Diagnostic de trouble anxieux attribué, basé sur le DSM-IV-TR.	Si l'ensemble des critères permettant de poser un diagnostic de troubles anxieux est rencontré.
	<b>K-SADS-PL</b>	Diagnostic de troubles anxieux identifié, basé sur le DSM-IV.	Si l'ensemble des critères permettant de poser un diagnostic de troubles anxieux est rencontré.
	<b>BASC-2</b>	Sous-échelles <i>Anxiété</i> et <i>Somatisation</i>	Si $T \geq 70$ (zone clinique).
	<b>R-CMAS</b>	Dimensions de l'anxiété : 1) Inquiétudes-hypersensibilité 2) Anxiété physiologique 3) Préoccupations sociales-concentration.	Si $\geq 2$ écarts-types de la moyenne : 1) inquiétudes-hypersensibilité = 11,79. 2) anxiété physiologique = 7,19. 3) préoccupations sociales-concentration = 6,85.
<b>Nature de l'anxiété</b>	<b>K-SADS-PL</b>	Description de la nature des symptômes anxieux observés chez l'enfant.	Si contribue au diagnostic d'un trouble anxieux au K-SADS-PL.
<b>2) Description des représentations d'attachement chez l'enfant et chez la mère.</b>			
<b>Classification d'attachement</b>	<b>CAI et AAI</b>	Catégorie d'attachement : CAI: en relation avec chaque FA. AAI: une seule catégorie intégrée.	Sera toujours rapportée.
<b>Dimensions d'attachement</b>	<b>CAI et AAI</b>	Échelles continues significatives. - Des extraits <i>verbatim</i> seront présentés pour les échelles continues : Colère préoccupée, Idéalisation et Détachement-dénigrement.	Si le seuil limite lié à l'insécurité est atteint : <b>Score de 5</b> (+ ou -, dépendant de l'échelle).
<b>Caractéristiques générales du discours</b>	<b>CAI et AAI</b>	Caractéristiques générales du discours identifiées (voir Tableau 4)	Si caractérise l'ensemble du discours et contribue à la catégorie d'attachement attribuée.
<b>Correspondances mère-enfant</b>	<b>CAI et AAI</b>	Un tracé visuel des profils d'attachement sera présenté, en fonction des échelles continues communes : 1) Colère préoccupée, 2) Idéalisation, 3) Détachement-dénigrement, 4) Cohérence.	Seront toujours rapportées.



Plus spécifiquement, concernant la description des représentations d'attachement mère-enfant, les échelles continues seront seulement décrites lorsqu'elles atteignent le seuil limite de l'insécurité (score de 5, + ou – dépendamment de l'échelle). Le seuil significatif lié à l'insécurité pour chaque échelle continue du CAI et de l'AAI est respectivement illustré dans les Figures 1 et 2. Notons que cette façon de représenter graphiquement à partir de quel stade les échelles atteignent le seuil lié à l'insécurité est inspirée de la présentation utilisée dans le manuel du CAI.



*Figure 1.* Seuil lié à l'insécurité pour les échelles continues du CAI.

En résumé, au CAI, les échelles continues 1) Idéalisation, 2) Colère préoccupée, 3) Préoccupation anxieuse/morbide et 4) Détachement/dénigrement seront rapportées si elles sont égales ou supérieures au seuil significatif lié à l'insécurité de 5 (de 5 à 9). Par ailleurs, les échelles 1) Cohérence, 2) Ouverture émotionnelle, 3) Équilibre des références positives et négatives aux FA et 4) Utilisation d'exemples et de la résolution de conflits seront décrites si elles se trouvent égales ou sous le seuil significatif de 4 (entre 1 et 4).

9	
8	<b>Idéalisation</b>
	<b>Colère préoccupée</b>
	<b>Dénigrement</b>
7	<b>Manque de rappel</b>
	<b>Passivité</b>
6	<b>Peur de perte</b>
	<b>Trauma/deuil non-résolu</b>
5	
<hr/>	
	<i>Seuil lié à l'insécurité</i>
4	
3	<b>Cohérence</b>
	<b>Métacognition*</b>
2	
1	

\* Métacognition: Moins de 3 (1 ou 2)

*Figure 2.* Seuil lié à l'insécurité pour les échelles continues de l'AAI.

À l'AAI, les échelles continues 1) Idéalisation, 2) Colère préoccupée, 3) Dénigrement, 4) Manque de rappel, 5) Passivité, 6) Peur de perte et 7) Trauma/deuil non-résolu seront rapportées si elles sont égales ou supérieures au seuil significatif de 5 (de 5 à 9). L'échelle Cohérence sera quant à elle rapportée si le score obtenu s'avère égal ou inférieur à 4 (de 1 à 4). De plus, à chaque fois que les échelles continues associées aux stratégies d'attachement (colère préoccupée, idéalisation, détachement-dénigrement) atteindront le seuil significatif lié à l'insécurité au CAI et à l'AAI, des extraits du discours seront présentés afin d'illustrer les nuances représentationnelles liées à l'attachement. Dans ces extraits portant sur des épisodes relationnels (ER), les caractéristiques générales du discours seront présentées entre parenthèse.

Enfin, concernant les correspondances des représentations d'attachement mère-enfant, une analyse descriptive visuelle en ayant recours à des tracés de profil (nuage de points) sera effectuée pour chaque cas à partir des échelles continues communes entre le CAI et l'AAI : 1) Colère préoccupée, 2) Idéalisation, 3) Détachement-dénigrement, 4) Cohérence. Les principales similitudes et les principaux écarts seront identifiés.

### **Considérations éthiques**

L'approbation des comités d'éthique concernés (Lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke; CHU Ste-Justine) a été obtenue pour le projet plus vaste dans le cadre duquel s'inscrit cette étude.

## Résultats

## Description de la dyade 1 : Aurélie et sa mère

### Situation familiale et motif de consultation

Aurélie est âgée de huit ans et quatre mois. Elle vit avec ses deux parents et une petite sœur âgée de deux ans. Ses parents rapportent des crises importantes afin de ne pas aller à l'école. Par ailleurs, en plus d'une peur de vomir, un important niveau d'inquiétudes associées à la mort ainsi qu'aux blessures est observé. L'anxiété vécue par l'enfant se serait accentuée de façon significative à la suite d'un évènement survenu dans la cour d'école il y a environ 6 mois : un petit garçon lui aurait pincé le bras pendant la récréation et personne n'aurait vu l'évènement ou ne lui serait venu en aide.

### Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Aurélie

Les différents troubles anxieux et manifestations anxieuses identifiés chez Aurélie sont présentés au Tableau 6.

Tableau 6

*Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Aurélie*

	<b>Diagnostic médical</b>	<b>K-SADS-PL</b>	<b>BASC-2</b>	<b>R-CMAS</b>
<b>Diagnostics et manifestations d'anxiété</b>	- Phobie spécifique (peur de vomir)	- Phobie spécifique (peur de vomir)  -Anxiété de séparation	<i>Auto-rapporté (enfant) :</i> -Aucun  <i>Rapporté par la mère :</i> - Somatisation	-Anxiété physiologique  -Inquiétudes-hypersensibilité

Concernant la nature des symptômes anxieux rapportés au K-SADS-PL, l'ensemble des critères liés à une phobie spécifique de vomir est rencontré. En effet, une crainte excessive et persistante de vomir, marquée par une anticipation importante, est vécue par Aurélie. L'apparition de stimuli associés au vomissement, tels diverses sensations physiologiques, provoque une réponse anxieuse immédiate ainsi qu'une détresse importante. Ensuite, les critères associés au diagnostic d'anxiété de séparation sont également rencontrés. Les principales manifestations ayant été observées chez l'enfant sont une détresse significative au moment de la séparation d'avec les parents, un refus marqué d'aller à l'école associé à la crainte d'être séparée, des cauchemars répétés à thèmes de séparation (p. ex., peur d'être kidnappée) ainsi qu'une crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux survienne et provoque la séparation d'avec les parents (p. ex., crainte que le petit garçon l'ayant pincée à l'école fasse du mal à ses parents, peur d'être tuée, peur qu'un accident survienne). Plusieurs plaintes somatiques sont également associées aux contextes de séparation, telles que des maux de ventre, des maux de tête ainsi que des difficultés d'endormissement.

### **Description des représentations d'attachement chez Aurélie**

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à Aurélie envers sa figure maternelle et envers sa figure paternelle est **insécurisant-préoccupé**. Les scores obtenus aux différentes échelles continues du CAI sont rapportés dans le Tableau 7.

Tableau 7

*Résultats aux échelles continues du CAI chez Aurélie*

	Mère	Père
Colère préoccupée	5,0*	3,5
+ Préoccupation anxieuse/morbide	7,0*	7,0*
Idéalisation	1,0	1,0
Détachement/Dénigrement/Minimisation	1,0	1,0
	Score global	
Ouverture émotionnelle	4,0*	
Équilibre références positives et négatives aux FA	6,0	
Utilisation des exemples	5,0	
Résolution des conflits	4,0*	
Désorganisation	Absente	
Cohérence	3,0*	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Tout d'abord, une **colère préoccupée** caractérise le discours d'Aurélie, et ce, particulièrement lorsqu'elle affirme avoir « peur que sa mère ne l'aime plus » (p. ex., au détriment de sa petite sœur âgée de 2 ans), tel qu'observé dans l'extrait suivant<sup>3</sup> :

**ER<sup>4</sup> Adjectif mère (peur de ne plus être aimée) :** Ben une fois elle disait « Va dans ta chambre! Il faut pas faire ça à ta sœur! » (Introduction de citations). *Qu'est-ce qui était arrivé?* Parce que c'est ma sœur qui avait commencé, mais c'est toujours moi qui se fait chicaner parce que je me venge. Ma sœur elle écoute vraiment pas, elle m'a tapée sur le bras. Oui c'est ça et une fois, elle me pousse avec son pied (Colère revécue dans le présent, ton plaintif). Je lui disais d'arrêter et elle continuait avec son pied plus fort et là je lui dis « Arrête! ». Et ma mère elle dit « Va dans ta chambre, il faut pas se venger » et là elle me chicane, mais c'est ma sœur qui avait commencé (Sentiment d'injustice). *Comment tu te sens?* Ben, je lui dis qu'on dirait vraiment qu'elle aime plus ma sœur que moi et je ferme la porte pis je joue sur le balcon. *Que fait-elle?* Elle s'en fout un petit peu parce que c'est la millième fois que je lui dis (Absence de résolution).

<sup>3</sup> Tel que décrit en Méthode, les caractéristiques générales du discours sont présentées entre parenthèses.

<sup>4</sup> Les épisodes relationnels (ER) sont les parties du narratif où l'enfant décrit une interaction entre lui-même et une figure d'attachement.

Par ailleurs, le discours d'Aurélié est également caractérisé par une **préoccupation anxieuse/morbide**, soit une tendance à voir certains thèmes préoccupants émerger même lorsque l'entrevue ne les sollicite pas directement. L'extrait suivant permet d'observer le recours à cette stratégie :

**ER Premier adjectif soi (qui a peur) :** Je suis quelqu'un qui a peur. Quand j'ai peur, je suis vraiment nerveuse, j'ai des crampes dans le ventre, j'ai des papillons dans le ventre, j'ai un peu mal au ventre et des fois quand je suis dans mon lit et que j'ai peur, j'ai chaud (Introduction directement en début d'entrevue de thèmes liés aux peurs et à l'intégrité physique). *Qu'est-ce qui te fait peur selon toi?* Des fois j'ai peur parce que je regarde des films qui sont, j'ai pas l'âge pour les regarder. Une fois j'ai eu peur dans le bain, c'est la fois où j'ai eu super peur pis j'avais vraiment des crampes et tout ça. Et là, ma peur c'est aussi mourir (Préoccupations liées à la mort) mais aussi vomir alors là une fois j'avais le goût de vomir et je voulais rester avec ma mère, mais je suis quand même allée à l'école.

Ensuite, la qualité de **l'ouverture émotionnelle** est variable tout au long de l'entrevue. Bien qu'Aurélié nomme quelques affects, ceux-ci s'avèrent souvent être les mêmes et se situent principalement dans le versant négatif (p. ex., peur, peine, tristesse). De plus, les références aux émotions effectuées par Aurélié ne semblent pas efficaces pour la sécuriser et semblent au contraire alimenter son anxiété. Concernant la **résolution de conflits**, plusieurs conflits sont décrits, mais peu de références à la résolution sont évoquées. Enfin, concernant la **cohérence globale**, l'une des entraves majeures s'avère être la faible compréhensibilité. En effet, le discours d'Aurélié est rempli de tant de détails superflus et de mots qu'il est difficile de garder le fil de ses



idées. Enfin, très peu d'indices positifs de cohérence sont observables, mis à part une ou deux tentatives demeurant limitées de reconnaissance de différentes perspectives.

Au niveau des caractéristiques générales du discours d'Aurélié, il est principalement possible d'observer :

- la présence de blâme excessif d'autrui (envers sa sœur cadette);
- des confusions temporelles lors desquelles le passé se rejoue au présent;
- certains glissements vers le présent alors que les questions portent sur le passé.
- la perte de pertinence du propos survenant à plusieurs reprises.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type insécurisant-préoccupé, tant à l'égard de la figure maternelle que de la figure paternelle.

### **Description des représentations d'attachement chez la mère d'Aurélié**

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à la mère d'Aurélié est de type **insécurisant-préoccupé, de sous-type colérique (E2)** (voir Appendice B). Les scores obtenus aux différentes échelles continues de l'AAI sont rapportés dans le Tableau 8.

Tableau 8

*Résultats aux échelles continues de l'AAI chez la mère d'Aurélie*

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>
<b>Idéalisation</b>	4,0	2,0
<b>Colère préoccupée</b>	5,5*	8,0*
<b>Dénigrement</b>	1,0	1,0
	<b>Score global</b>	
<b>Dénigrement global</b>	3,0	
<b>Manque de rappel</b>	1,0	
<b>Métacognition</b>	2,0*	
<b>Passivité</b>	3,5	
<b>Peur de perte</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de deuil non-résolu</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de trauma non-résolu</b>	N/A	
<b>Score non résolution global</b>	1,0	
<b>Cohérence du discours</b>	2,0*	
<b>Cohérence de la pensée</b>	2,0*	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Tout d'abord, bien que le discours de la mère d'Aurélie soit initialement caractérisé par une idéalisation modérée envers la mère en début d'entrevue, l'usage de cette stratégie semble devenir inefficace, laissant plutôt place à de la **colère préoccupée**. Notons qu'un tel changement de stratégie en cours d'entrevue est en soi une manifestation plutôt rare de l'attachement préoccupé. En deuxième partie d'entrevue, le discours de la mère d'Aurélie se caractérise ainsi plutôt par plusieurs débordements de colère à l'endroit des deux figures d'attachement, comme cela est illustré dans l'extrait suivant :

**ER Adjectif père (autoritaire) :** Sa méthode, c'était la méthode très très dure. Quand un enfant pleurait, c'était très très très jeune bébé, parce que ma mère me l'a raconté (Exagération). Ma mère aurait eu tendance à venir nous voir et tout ça, mais mon père c'était « tu la laisses brailler ». T'sais, pis c'était donc cette méthode-là que je trouve... et d'ailleurs qui fait qu'on a eu des conflits quand j'élevais mes enfants, « Tu t'en mêles pas », « Tu devrais la laisser pleurer » (Citations non introduites). Tsé je peux même pas croire que tu as fais ça (S'adresse au père au présent). Je lui en veux pour ça. En fait je leur en veux pour une couple d'affaires, ils étaient pas habiles mes parents (Blâmes et reproches). Par exemple, j'ai été, j'ai su ça récemment, j'ai été placée pendant un mois dans une sorte de pouponnière où mes parents sont venus me visiter une fois pendant un mois, ça c'est le premier mois de ma naissance, ce qui est assez débile mentale, parce que c'était un temps où les parents devaient se remettre, notamment la mère blablabla durant les années 70 (Mots de substitutions : blablabla). C'est c'est ce que, je, complètement déconnectée, donc déconnectée de ton rôle de mère (Changement d'évaluation de la mère suite au récit de l'épisode de la pouponnière).

Au niveau de la **métacognition**, les indices de réflexivité s'avèrent rares, le niveau élevé de colère semblant entraver sa capacité à explorer les intentions sous-jacentes aux comportements d'autrui. Enfin, la **cohérence**, tant du discours que de la pensée, est évaluée comme étant très faible, particulièrement en raison du changement de stratégies de l'idéalisation vers la colère préoccupée en milieu d'entrevue. Selon les principes de cohérence, un tel changement représente une violation majeure de la cohérence du discours, en rendant le début et la fin de son discours particulièrement contradictoires.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de la mère d'Aurélié, il est principalement possible d'observer :

- le recours au blâme excessif d'autrui;

- certains passages de confusion temporelle, lors desquels le passé semble se rejouer au présent;
- un recours à des mots de substitutions (p. ex., « blablabla »);
- des confusions de pronoms (p. ex., moi/ma mère) qui sont observables à plusieurs reprises;
- des tours de paroles excessivement longs, avec une certaine perte de pertinence du propos;
- une oscillation évaluative majeure en cours d'entrevue.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type insécurisant-préoccupé, de sous-type colérique (E2).

### **Correspondances des représentations d'attachement mère-enfant**

Tout d'abord, les catégories générales de représentations d'attachement, tant chez Aurélie que chez sa mère, s'avèrent être de type insécurisant-préoccupé. Les résultats aux échelles continues communes (cohérence, colère, idéalisation, détachement-dénigrement) sont présentés dans la Figure 3. Aurélie et sa mère présentent toutes deux une cohérence sous le seuil de la sécurité ainsi qu'un niveau élevé de colère envers la figure maternelle (FM). Le principal écart observé concerne la colère préoccupée élevée envers la figure paternelle (FP) chez la mère, la mère présentant un score plus élevé.

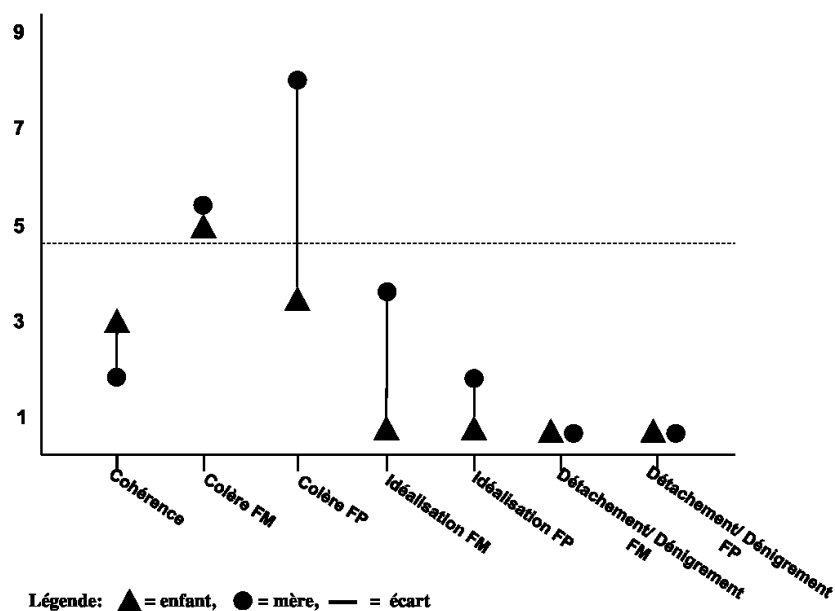


Figure 3. Correspondances aux échelles continues communes chez Aurélie et sa mère.

### Description de la dyade 2 : Thomas et sa mère

#### Situation familiale et motif de consultation

Thomas est un jeune garçon âgé de huit ans et deux mois. Il vit avec ses parents et une sœur aînée, âgée de dix ans. Il est référé à la Clinique des troubles anxieux étant donné un niveau élevé de préoccupations difficiles à contrôler, un épuisement important associé à ses inquiétudes ainsi que des crises au moment d'être séparé des parents.

#### Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Thomas

Les différents troubles anxieux et manifestations anxieuses identifiés chez Thomas sont présentés au Tableau 9.

Tableau 9

*Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Thomas*

	<b>Diagnostic médical</b>	<b>K-SADS-PL</b>	<b>BASC-2</b>	<b>R-CMAS</b>
<b>Diagnostics et manifestations d'anxiété</b>	- Trouble d'anxiété de séparation	-Trouble d'anxiété de séparation  -Trouble d'anxiété généralisée	<i>Auto-rapporté (enfant) :</i> -Aucun  <i>Rapporté par la mère :</i> -Anxiété	-Inquiétudes-hypersensibilité  -Anxiété physiologique

Concernant la nature des symptômes anxieux rapportés au K-SADS-PL, l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic d'anxiété de séparation est présent chez l'enfant. D'une part, une détresse excessive associée au moment de séparation d'avec la mère est rapportée, entravant son fonctionnement quotidien dans les sphères familiales et scolaires. De plus, des craintes qu'un événement malheureux ne vienne le séparer de ses parents ainsi qu'une réticence importante à aller dormir ailleurs sont observées. Ensuite, les critères du diagnostic du trouble d'anxiété généralisée sont également satisfaits. En effet, un niveau d'anxiété et des soucis excessifs caractérisés par beaucoup d'appréhension sont vécus par Thomas, et ce, particulièrement dans les situations de performance (p. ex., scolaire, activités physiques) ainsi que dans ses relations avec les autres (p. ex., amitiés, adultes). La difficulté de Thomas à contrôler ses préoccupations entraîne chez lui une fatigue majeure, une irritabilité importante, des difficultés de concentration, une incapacité à se détendre et des perturbations liées à l'endormissement. La mère rapporte que, suite à des épisodes de rumination ou de

pensées catastrophistes, Thomas affirme parfois qu'il « aimerait mieux être mort » afin que cesse la souffrance associée à ses inquiétudes. Bien que cette affirmation demeure préoccupante, il n'y a pas de présence de planification de passage à l'acte ou d'autres critères associés au risque suicidaire.

### Description des représentations d'attachement chez Thomas

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à Thomas envers sa figure maternelle et envers sa figure paternelle est **insécurisant-détaché**. Les scores obtenus aux différentes échelles continues du CAI sont rapportés dans le Tableau 10.

Tableau 10

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de Thomas*

	Mère	Père
<b>Colère préoccupée</b>	1,0	1,0
<b>Idéalisation</b>	4,0	N-A
<b>Détachement/Dénigrement/Minimisation</b>	3,0	N-A
	<b>Score global</b>	
<b>Ouverture émotionnelle</b>	2,0*	
<b>Équilibre références positives et négatives aux FA</b>	2,0*	
<b>Utilisation des exemples</b>	4,0*	
<b>Résolution des conflits</b>	4,0*	
<b>Désorganisation</b>	Absente	
<b>Cohérence</b>	4,0*	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Tout d'abord, notons qu'il n'a pas été possible d'attribuer un score relativement à l'idéalisation et au détachement liés au père, en raison d'un manque de détails concernant certains épisodes rapportés par l'enfant. Ensuite, une **ouverture émotionnelle** particulièrement faible est observable chez Thomas. Essentiellement, l'enfant désigne son expérience affective à l'aide des termes « bien/pas bien » ou de « content/pas content » et parvient peu à explorer et élaborer ses affects. De plus, l'ensemble des **références aux figures d'attachement** s'avère peu équilibré. En effet, l'enfant tend principalement à faire une évaluation entièrement positive de ses expériences, explorant plus difficilement les aspects négatifs. Concernant l'**utilisation d'exemples**, l'enfant présente un important besoin de soutien de la part de l'examinatrice afin de parvenir à donner des exemples. Notons d'ailleurs qu'à certaines reprises, les exemples fournis sont peu appropriés pour soutenir ses propos. Concernant la **résolution de conflits**, ceux-ci sont aussi décrits généralement de manière très succincte. Certains conflits donnent l'impression d'être résolus, mais d'autres conflits assez centraux manquent de détails pour évaluer cet aspect. Enfin, une **cohérence** de niveau modéré est observée chez Thomas. De manière générale, des contradictions modérées dans le discours sont observables tout au long de l'entrevue et la production narrative demeure inhibée, même en considérant son jeune âge. Thomas semble toutefois entretenir un modèle plus clair de la figure maternelle que de la figure paternelle. En effet, il élabore plus facilement lorsqu'on le questionne au sujet de sa mère.



Au niveau des caractéristiques générales du discours de Thomas, il est principalement possible d’observer :

- des réponses générales, comportant peu de souvenirs précis et d’émotions;
- un besoin d’un soutien important de l’examinatrice pour l’élaboration;
- peu de reconnaissance de l’impact des deuils, des pertes et des séparations;
- à quelques reprises, les activités ou les objets matériels sont perçus comme des indices d’amour ou d’expériences relationnelles positives.

En conclusion, l’ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées dans l’entrevue de Thomas permet d’attribuer une classification générale des représentations d’attachement de type insécurisant-détaché, tant à l’égard de la figure maternelle que de la figure paternelle.

### **Description des représentations d’attachement chez la mère de Thomas**

La catégorie générale de représentations d’attachement attribuée à la mère de Thomas est **sécurisant, de sous-type dépendant (F4)** (voir Appendice B). Les scores obtenus aux différentes échelles continues de l’AAI sont rapportés dans le Tableau 11.

Tableau 11

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de la mère de Thomas*

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>
<b>Idéalisation</b>	2,0	1,0
<b>Colère préoccupée</b>	2,5	1,0
<b>Dénigrement</b>	1,0	1,0
	<b>Score global</b>	
<b>Dénigrement global</b>	1,0	
<b>Manque de rappel</b>	1,0	
<b>Métacognition</b>	3,0	
<b>Passivité</b>	1,0	
<b>Peur de perte</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de deuil non-résolu</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de trauma non-résolu</b>	N/A	
<b>Score non résolution global</b>	1,0	
<b>Cohérence du discours</b>	7,0	
<b>Cohérence de la pensée</b>	7,0	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

De façon générale, aucune échelle continue n'atteint le seuil significatif lié à l'insécurité. De plus, les indices positifs d'attachement sécurisant (cohérence, métacognition) obtiennent des scores élevés.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de la mère de Thomas, il est principalement possible d'observer :

- un discours qui valorise l'attachement, parfois même au détriment de ses propres besoins;
- un discours personnel, marqué par une réflexivité;
- plusieurs exemples appuyant les propos;

- une bonne collaboration avec l'intervieweur;
- malgré certaines traces d'idéalisation ou de colère, pas de contradiction ou de débordement majeurs.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) observées dans l'entrevue de la mère de Thomas permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type sécurisant, de sous type dépendant (F4).

#### **Correspondances des représentations d'attachement de Thomas et sa mère**

Tout d'abord, les catégories générales d'attachement identifiées chez Thomas et chez sa mère diffèrent, étant de type sécurisant chez la mère et de type insécurisant-détaché chez Thomas. Les résultats obtenus aux échelles continues communes (cohérence, colère préoccupée, idéalisation, détachement-dénigrement) sont présentés dans la Figure 4. Le principal écart observé concerne l'échelle de cohérence, la mère ayant un score élevé et l'enfant ayant un score sous le seuil de la sécurité.

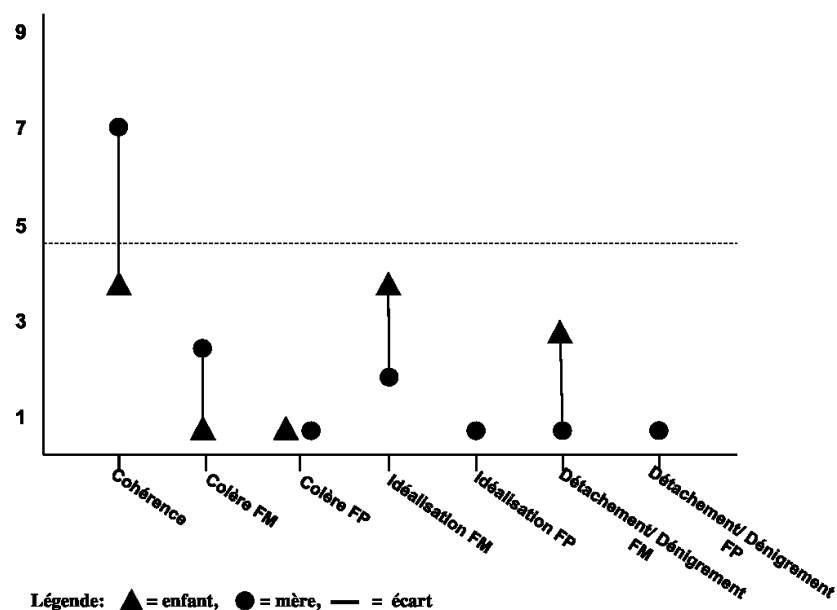


Figure 4. Correspondances aux échelles continues communes chez Thomas et sa mère.

### Description de la dyade 3 : Léa et sa mère

#### Situation familiale et motif de consultation

Léa est âgée de huit ans et sept mois. Elle vit avec ses deux parents et est enfant unique. L'anxiété vécue aurait été précipitée il y a environ huit mois suite à une séparation de quelques semaines avec la mère étant donné un voyage lié à son travail. De plus, en début d'année, soulignons un déménagement impliquant un changement d'école qui aurait été vécu difficilement par l'enfant. Celle-ci vivrait un niveau élevé d'inquiétudes au quotidien et ferait plusieurs crises afin de ne pas aller à l'école.

#### Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Léa

Les différents troubles anxieux et manifestations anxieuses identifiés chez Léa sont présentés au Tableau 12.

Tableau 12

*Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Léa*

	<b>Diagnostic médical</b>	<b>K-SADS-PL</b>	<b>BASC-2</b>	<b>R-CMAS</b>
<b>Diagnostics et manifestations d'anxiété</b>	- Trouble d'anxiété de séparation	- Trouble d'anxiété de séparation	<i>Auto-rapporté (enfant) :</i> -Aucun  <i>Rapporté par la mère :</i> -Aucun	-Inquiétudes-hypersensibilité

Plus particulièrement, concernant la nature des symptômes anxieux rapportés au K-SADS-PL, l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic d'anxiété de séparation est présent. Les parents rapportent observer chez leur fille un niveau d'anxiété excessif associé aux moments de séparation, particulièrement avec la mère. La détresse associée survient tant en anticipation que pendant les situations de séparation. De plus, un refus d'aller à l'école entrave de façon significative le fonctionnement familial et persiste depuis plus de huit mois. Selon les parents, Léa partage avoir peur d'être sans sa mère et ainsi de se retrouver seule, sans personne sur qui compter une fois à l'école. Selon les observations quotidiennes des parents, un niveau d'anticipation élevé est rapporté et est accompagné d'une recherche constante de solutions. Léa leur aurait partagé avoir fréquemment l'impression que « sa tête allait exploser ». De façon générale, les appréhensions vécues ainsi que l'évitement seraient associés à la crainte des situations où elle pourrait avoir à exprimer ses besoins (p. ex., avoir faim alors qu'on ne peut

manger en classe, avoir envie alors qu'on ne peut aller aux toilettes) ou encore lorsqu'elle serait plus vulnérable.

### Description des représentations d'attachement chez Léa

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à Léa envers sa figure maternelle et envers sa figure paternelle est **insécurisant-détaché**. Les scores obtenus aux différentes échelles continues du CAI sont rapportés dans le Tableau 13.

Tableau 13

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de Léa*

	Mère	Père
Colère préoccupée	1,0	1,0
Idéalisation	2,5	1,0
Détachement/Dénigrement/Minimisation	8,0*	8,0*
	<b>Score global</b>	
Ouverture émotionnelle	2,0*	
Équilibre références positives et négatives aux FA	4,0*	
Utilisation des exemples	4,0*	
Résolution des conflits	6,0	
Désorganisation	Absente	
Cohérence	3,0*	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Tout d'abord, un niveau particulièrement élevé de **détachement** est observable dans le discours de Léa. En effet, l'enfant semble éviter d'être en contact avec sa vulnérabilité. Par exemple, elle affirme n'avoir jamais été malade, blessée ou

bouleversée. De plus, elle reconnaît peu l'impact que certains événements peuvent avoir sur elle (p. ex., séparation), comme cela est illustré dans l'extrait suivant :

**ER Séparation :** *As-tu déjà été séparée de tes parents? Oui. Comment, dans quelles circonstances? Ils étaient partis au Mexique tous les deux pendant une semaine quand j'étais en première année. Comment as-tu trouvé ça d'être séparée de tes parents? Pas dur, mais je ne pense pas (Minimisation d'une séparation). Comment ça a été de les retrouver? J'étais à mon spectacle de danse et je ne savais pas qu'ils allaient venir, ils étaient censés venir après, mais finalement ils sont arrivés en plein milieu (Ne parle pas des retrouvailles en termes émotionnels).*

Ensuite, sur le plan de l'**ouverture émotionnelle**, Léa semble présenter une difficulté à identifier ses états internes et ceux d'autrui. Elle semble principalement inférer les affects à partir d'exemples concrets. Par exemple, en parlant d'une amie qui a perdu un proche, elle explique que celle-ci n'a sûrement pas eu de peine, car elle ne lui a pas dit en avoir. Concernant les **références aux FA**, les termes employés s'avèrent généralement équilibrés, mais l'enfant parvient toutefois peu à élaborer les qualificatifs ou situations plus négatives. Concernant l'**utilisation d'exemples**, notons que Léa fournit des exemples généralement appropriés, mais très brefs et peu élaborés. De plus, un soutien important de l'intervieweuse demeure nécessaire tout au long de l'entrevue. Enfin, de façon globale, une faible **cohérence** est observée, le discours de l'enfant étant principalement caractérisé par un manque de détails dans les exemples offerts ainsi que par une inhibition significative.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de Léa, il est principalement possible d'observer :

- peu de reconnaissance ou de valorisation des besoins d'attachement;
- peu de reconnaissance de l'impact des deuils, des pertes et des séparations;
- une minimisation des expériences négatives;
- des réponses générales, comportant peu de souvenirs précis et d'émotions;
- un grand besoin de soutien de l'examinatrice pour favoriser l'élaboration;
- une certaine inhibition face à la tâche.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées dans l'entrevue de Léa permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type insécurisant-détaché, tant à l'égard de la figure maternelle que de la figure paternelle.

### **Description des représentations d'attachement chez la mère de Léa**

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à la mère de Léa est **sécurisant, de sous-type dépendant (F4)** (voir Appendice B). Les scores obtenus aux différentes échelles continues de l'AAI sont rapportés dans le Tableau 14.



Tableau 14

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de la mère de Léa*

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>
<b>Idéalisation</b>	N/A	2,0
<b>Colère préoccupée</b>	3,0	1,0
<b>Dénigrement</b>	1,0	1,0
	<b>Score global</b>	
<b>Dénigrement global</b>	1,0	
<b>Manque de rappel</b>	1,0	
<b>Métacognition</b>	3,0	
<b>Passivité</b>	3,0	
<b>Peur de perte</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de deuil non-résolu</b>	3,0	
<b>Score le plus élevé de trauma non-résolu</b>	N/A	
<b>Score non résolution global</b>	3,0	
<b>Cohérence du discours</b>	6,0	
<b>Cohérence de la pensée</b>	6,0	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Tout d'abord, soulignons que la mère de Léa semble avoir vécu pendant son enfance une situation de renversement de rôle avec sa propre mère suite au divorce de ses parents. Étant donné que le discours et la vision de la mère de Léa à propos de sa propre mère changent de façon importante concernant les périodes avant le divorce (petite enfance) et après le divorce (5 ans et plus), il n'a pas été possible d'attribuer un score à l'échelle d'**idéalisation** relativement à la figure maternelle. De façon générale, la cohérence du discours et de la pensée sont élevées, la mère parvenant à aborder l'ensemble de ces expériences de façon équilibrée et appropriée.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de la mère de Léa, il est principalement possible d'observer :

- une grande valorisation de l'attachement, particulièrement concernant la relation avec le père;
- une reconnaissance spontanée du pouvoir des expériences passées, incluant une légère colère préoccupée envers la figure maternelle;
- une aisance à discuter des relations passées et présentes avec les FA;
- une autonomie et flexibilité de la pensée;
- une bonne collaboration dans le cadre de l'entrevue.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type sécurisant, plus particulièrement vers le pôle dépendant (grande valorisation de l'attachement, avec de légers signes de préoccupation).

### **Correspondances des représentations d'attachement mère-enfant**

Tout d'abord, les catégories d'attachement chez Léa et chez sa mère diffèrent, étant de type insécurisant-détaché chez l'enfant et de type sécurisant, sous-type dépendant (F4) chez la mère. Les résultats obtenus aux échelles continues communes (cohérence, colère préoccupée, idéalisation, détachement-dénigrement) sont présentés dans la Figure 5. Les principaux écarts observés concernent la cohérence, étant plus

élevée chez la mère et sous le seuil de la sécurité chez l'enfant, ainsi que le détachement, étant particulièrement plus élevé envers ses deux figures parentales chez Léa.

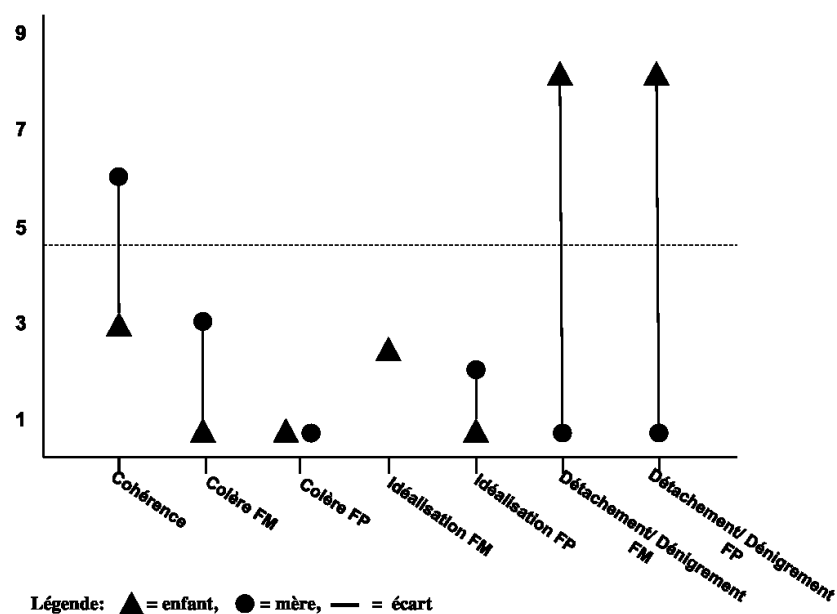


Figure 5. Correspondances aux échelles continues communes chez Léa et sa mère.

### Description de la dyade 4 : Virginie et sa mère

#### Situation familiale et motif de consultation

Virginie est une jeune fille de treize ans et trois mois, venant d'effectuer son entrée au secondaire. Elle vit avec ses parents et sa sœur aînée. La famille consulte pour Virginie suite à l'occurrence de plusieurs épisodes d'attaques de panique. De plus, des plaintes somatiques (maux de ventre, difficultés de sommeil) sont décrites. Notons que lors de l'épisode où les manifestations anxieuses étaient plus aiguës, le copain de la sœur aînée vivait également dans le même domicile. Les parents rapportent que sa présence

semble avoir entraîné plusieurs conflits et perturbé l'équilibre familial. De plus, la mère mentionne être actuellement engagée dans un processus psychothérapeutique.

### Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Virginie

Les différents troubles anxieux et manifestations anxieuses identifiés chez Virginie sont présentés au Tableau 15.

Tableau 15

*Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Virginie*

	<b>Diagnostic médical</b>	<b>K-SADS-PL</b>	<b>BASC-2</b>	<b>R-CMAS</b>
<b>Diagnostics et manifestations d'anxiété</b>	-Trouble panique (sans agoraphobie)	-Trouble panique (sans agoraphobie)	<i>Auto-rapporté (enfant) :</i> -Somatisation -Anxiété	-Aucun
	-Phobie spécifique (peur de vomir)		<i>Rapporté par la mère :</i> -Somatisation	

Concernant la nature des symptômes anxieux rapportés au K-SADS-PL, tous les critères d'un trouble panique sont rencontrés. De façon plus spécifique, des attaques de panique récurrentes associées à des maux de tête, des maux de ventre, à un souffle court, à des étourdissements, à des palpitations, à des tremblements ainsi qu'à des nausées sont vécues par l'adolescente. Aucune cause spécifique n'est identifiée comme élément déclencheur. Bien que la majorité des attaques aient eu lieu à la maison, Virginie commence à présenter une réticence à aller à l'extérieur, par exemple à l'école ou chez

des amis, entravant ainsi son fonctionnement social et scolaire. Une peur de vomir est également vécue de façon persistante par l'adolescente. Les sensations physiologiques associées au vomissement sont source d'une importante angoisse. De plus, les parents rapportent que leur fille mange moins, afin d'éviter d'éventuels vomissements.

### **Description des représentations d'attachement chez Virginie**

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à Virginie envers sa figure maternelle et envers sa figure paternelle est de type **sécurisant**. Les scores obtenus aux différentes échelles continues du CAI sont rapportés dans le Tableau 16.

Tableau 16

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de Virginie*

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>
<b>Colère préoccupée</b>	1,0	1,5
<b>Idéalisation</b>	2,0	1,0
<b>Détachement/Dénigrement/Minimisation</b>	1,5	1,5
	<b>Score global</b>	
<b>Ouverture émotionnelle</b>	6,5	
<b>Équilibre références positives et négatives aux FA</b>	6,5	
<b>Utilisation des exemples</b>	7,0	
<b>Résolution des conflits</b>	5,0	
<b>Désorganisation</b>	Absente	
<b>Cohérence</b>	7,0	

De façon générale, aucune échelle continue n'atteint le seuil significatif lié à l'insécurité. Notons que la **cohérence** du discours est élevée chez Virginie. Elle n'a pas recours aux stratégies de colère préoccupée, d'idéalisation ou de dénigrement et peu de contradictions sont observées dans son discours.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de Virginie, il est principalement possible d'observer :

- un discours qui valorise les relations avec les figures d'attachement;
- une reconnaissance spontanée du pouvoir des expériences passées;
- un bon niveau de réflexivité, en identifiant les intentions des figures parentales;
- une capacité à fournir des exemples détaillés, élaborés et pertinents;
- une bonne collaboration avec l'intervieweur;
- malgré une certaine préoccupation liée à son anxiété, le discours de l'enfant demeure contenu.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées dans l'entrevue de Virginie permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type sécurisant, tant à l'égard de la figure maternelle et de la figure paternelle.

### Description des représentations d'attachement chez la mère de Virginie

La catégorie de représentations d'attachement attribuée à la mère de Virginie est **non-résolu (U/F5/E2E3)**, avec classifications secondaires **insécurisant-préoccupées** de sous-type colérique envers la figure maternelle (E2) et de sous-type préoccupé par des images traumatiques envers la figure paternelle (E3). De plus, soulignons la présence d'une autre figure d'attachement significative pendant son enfance (grand-mère maternelle; GMM). La classification secondaire à son égard est de type **sécurisant (F5)** (voir Appendice B). Les scores obtenus aux différentes échelles continues de l'AAI sont rapportés dans le Tableau 17.

Tableau 17

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de la mère de Virginie*

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>GMM</b>
<b>Idéalisation</b>	1,0	1,0	1,0
<b>Colère</b>	6,0*	3,0	1,0
<b>Dénigrement</b>	1,0	4,0	1,0
<b>Score global</b>			
<b>Dénigrement global</b>	4,0		
<b>Manque de rappel</b>	4,5		
<b>Métacognition</b>	3,0		
<b>Passivité</b>	2,5		
<b>Peur de perte</b>	1,0		
<b>Score le plus élevé de deuil non-résolu</b>	4,0		
<b>Score le plus élevé de trauma non-résolu</b>	6,0*		
<b>Score non résolution global</b>	4,0		
<b>Cohérence du discours</b>	4,0*		
<b>Cohérence de la pensée</b>	4,0*		

\* Score significatif lié à l'insécurité.

De façon générale, les représentations d'attachement identifiées chez la mère de Virginie s'avèrent de **type non-résolu**, comme en témoigne la présence de différents types d'états d'esprit non intégrés ainsi que la présence de ruptures dans le monitoring de son discours. À ce sujet, un score élevé de **trauma non-résolu** a été attribué. Plus particulièrement, la mère rapporte certaines pertes de mémoire étant liées à des gestes de l'ordre de l'abus sexuel initiés par son père. Les ruptures dans le discours et les difficultés rencontrées par la mère à élaborer ce qui est survenu (« blocages ») sont illustrées dans l'extrait suivant :

**ER Gestes sexuels :** *Est-ce que certaines personnes ont eu des gestes sexuels à votre égard pendant votre enfance?* Je pense que oui... mais je pense que ça me fait que j'ai des sortes de blocages... je suis pas assez certaine... (Blocages ou pertes de mémoires). Une fois quand j'avais 12-13 ans mon père, il venait me dire « mets-toi en bikini, tu vois t'es ben faite, mets-toi en bikini là »... pis j'aimais pas ça, je trouvais ça mal fait que mon père de sa bouche me dise ça... (longue pause) (Difficultés dans l'élaboration). Pis je me souviens une fois on était en camping pis ma mère était pas là pis il me disait « Viens m'embrasser, couche-toi sur moi ». Là moi j'ai 15 ans, j'ai pas le goût de coucher sur mon père là... mais là il me faisait peur pis à partir de là j'ai un blocage, je sais pas peut-être qui s'est rien passé, je me souviens plus... (Confusion autour de l'incident). Pis je me souviens d'une fois ou mes parents s'étaient séparés et que j'étais couchée avec mon père pis il est arrivé pour me toucher pis il s'est enlevé. Je me souviens plus, faque je sais qu'il y a eu des rapprochements sexuels mais pas assez intenses loin là, peut-être, pis heu... Mais c'est pas de l'abus là, mais je pense pas qu'il y ait eu d'abus là gros sexuel (Tentative de déni inefficace).

Au-delà des indices de non-résolution, un niveau élevé de **colère préoccupée** est également observé en relation avec sa propre mère. Le recours à cette stratégie ne semble toutefois pas parvenir à la sécuriser, comme cela est présenté dans l'extrait suivant :



**ER Perte (décès de sa grand-mère) :** Au lieu de me dire bonjour, ma mère me regarde pis m'dis « Sont où mes chocolats? » mais je les ai pas là... t'sais elle a pas de... Elle a pas de savoir-vivre on dirait que c'est pire depuis qu'elle est malade... (Pertinence faible avec la question initiale). Mais elle est spéciale, très très spéciale, je dirais même qu'elle aurait besoin d'un nettoyage de cerveau au complet elle est ben ben dérangée ma mère... (Colère revécue dans le présent). Elle s'en rend pas compte là pour elle elle sait tout elle connaît tout. C'est comme si quand ma grand-mère est décédée il a fallu que j'enlève mon côté enfant... mais surtout que je dise à mon enfant que c'est moi qui gère mon adulte (Langage plaqué). « Aie pas peur, je suis là » ... c'est ce qu'il a fallu que j'apprenne.

De façon générale, la **cohérence**, tant du discours que de la pensée, est évaluée comme étant modérée. La mère de Virginie ne démontre pas un modèle principal unifié associé à ses expériences d'attachement, son discours étant marqué par plusieurs stratégies contradictoires ou ruptures (pertes de mémoire). Toutefois, ses expériences d'enfance avec sa grand-mère maternelle semblent tout de même avoir permis à la mère de Virginie d'intérioriser l'image d'une figure protectrice et sécurisante.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de la mère de Virginie, il est possible d'observer des caractéristiques très variées, dont principalement :

- le recours au blâme d'autrui, particulièrement envers la mère (attachement préoccupé);
- un sentiment de ne pas avoir plu aux figures parentales (attachement préoccupé);
- certains passages de confusion temporelle lors desquels le passé semble se rejouer au présent (attachement préoccupé);

- la présence de pertes de mémoire liées à des événements d'abus (trauma non-résolu);
- une valorisation de la relation d'attachement à la grand-mère maternelle (attachement sécurisant).

En conclusion, étant donné les ruptures observées dans le monitoring du discours lorsque le trauma est évoqué, une classification principale des représentations d'attachement de type non-résolu (U) est attribuée à la mère de Virginie. En dehors de ces épisodes, le discours permet d'identifier des classifications secondaires de type insécurisant-préoccupé de sous-type colérique envers la figure maternelle (E2), de type insécurisant-préoccupé par des images traumatiques envers la figure paternelle (E3) et de type sécurisant envers la grand-mère maternelle (F5).

### **Correspondances des représentations d'attachement mère-enfant**

De façon générale, les catégories d'attachement identifiées chez Virginie et chez sa mère diffèrent. La principale classification des représentations d'attachement chez la mère s'avère être de type non-résolu, avec des classifications secondaires insécurisant-préoccupé de sous-type colérique (figure maternelle), insécurisant-préoccupé de sous-type préoccupé par des événements traumatiques (figure paternelle) et sécurisant (grand-mère maternelle), alors que les représentations d'attachement chez Virginie s'avèrent exclusivement de type sécurisant envers les deux figures parentales. Les résultats obtenus aux échelles continues communes (cohérence, colère préoccupée, idéalisation,

détachement-dénigrement) sont présentés dans la Figure 6. Les principaux écarts se situent sur les plans de la colère préoccupée envers la figure maternelle ainsi que de la cohérence, la mère ayant des scores atteignant le seuil de l'insécurité, contrairement à Virginie.

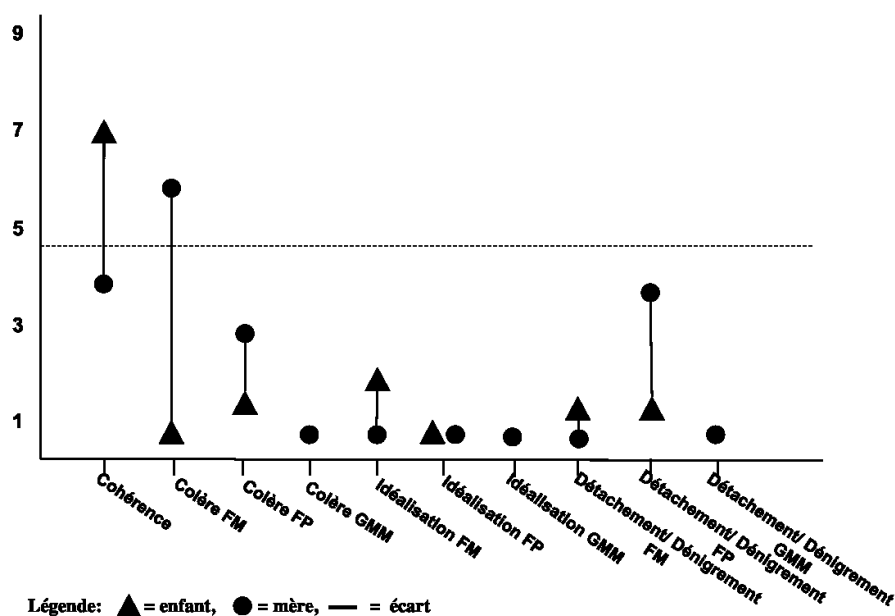


Figure 6. Correspondances aux échelles continues communes chez Virginie et sa mère.

### Description de la dyade 5 : Charlotte et sa mère

#### Situation familiale et motif de consultation

Charlotte est une jeune fille âgée de huit ans et huit mois. L'enfant vit avec ses deux parents, sa sœur de 11 ans et son frère de 6 ans. Les parents de Charlotte consultent car l'enfant présente un niveau élevé d'inquiétudes ainsi des peurs importantes concernant ce qui sort du corps (vomissement, sang, selles), entravant son

fonctionnement au quotidien. Depuis la petite enfance, Charlotte présenterait un tempérament particulièrement inhibé.

### Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Charlotte

Les différents troubles anxieux et manifestations anxieuses identifiés chez Charlotte sont présentés au Tableau 18.

Tableau 18

*Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Charlotte*

	<b>Diagnostic médical</b>	<b>K-SADS-PL</b>	<b>BASC-2</b>	<b>R-CMAS</b>
<b>Diagnostics et manifestations d'anxiété</b>	- Trouble d'anxiété généralisée	-Phobie spécifique : ce qui sort du corps (peur de vomir, sang, selles)	<i>Auto-rapporté (enfant) :</i> -Aucun  <i>Rapporté par la mère :</i> -Somatisation	-Anxiété physiologique

Concernant la nature des symptômes anxieux rapportés au K-SADS-PL, les manifestations décrites par les parents permettent d'identifier la présence d'une phobie spécifique liée aux matières sortant du corps, soit principalement au vomissement, au sang ainsi qu'aux selles. Une hypervigilance face aux sensations physiologiques associées au vomissement ainsi qu'une anticipation excessive sont particulièrement rapportées par les parents. De plus, une importante tendance à l'évitement est observable chez Charlotte, celle-ci préférant généralement se sauver rapidement pour ne pas avoir à

parler de ses peurs. Enfin, les parents soulèvent un niveau important d'inquiétudes au quotidien chez Charlotte, mais nuanceront en considérant qu'il s'agit davantage d'hypervigilance. De plus, bien qu'ils rapportent observer un sentiment de tension élevé chez leur fille, ils décrivent qu'elle parvient également à se calmer.

### Description des représentations d'attachement chez Charlotte

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à Charlotte envers sa figure maternelle et envers sa figure paternelle est de type **sécurisant**. Les scores obtenus aux différentes échelles continues du CAI sont rapportés dans le Tableau 19.

Tableau 19

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de Charlotte*

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>
<b>Colère préoccupée</b>	1,0	1,0
<b>Idéalisation</b>	4,0	2,0
<b>Détachement/Dénigrement/Minimisation</b>	1,0	1,0
	<b>Score global</b>	
<b>Ouverture émotionnelle</b>	4,0*	
<b>Équilibre références positives et négatives aux FA</b>	2,0*	
<b>Utilisation des exemples</b>	5,0	
<b>Résolution des conflits</b>	4,0*	
<b>Désorganisation</b>	Absente	
<b>Cohérence</b>	4,5*	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Tout d'abord, une **ouverture émotionnelle** modérée est observée. En effet, Charlotte apparaît très inhibée en début d'entrevue, parlant et bougeant à peine.

Cependant, l'enfant parvient à progressivement s'ouvrir davantage, visiblement aidée par le soutien important de l'intervieweuse. En seconde partie d'entrevue, l'enfant parvient à davantage identifier des affects positifs et négatifs appropriés. Ensuite, concernant **l'équilibre des références aux figures d'attachement**, un biais en faveur des références positives est observable concernant sa façon de décrire ses figures d'attachement, particulièrement concernant sa mère. Cependant, lorsque questionnée à propos de son père, elle parvient à aborder davantage d'aspects plus négatifs. Ensuite, un niveau modéré de **résolution de conflits** est observé. De façon générale, les conflits demeurent peu décrits. Toutefois, une impression que les conflits ont été résolus est présente. Enfin, une **cohérence** de niveau modéré est observée à travers l'ensemble de l'entrevue. Bien que la production narrative s'avère parfois inhibée et que de longues pauses soient notées à certaines occasions, le discours de l'enfant ne devient jamais contradictoire. De plus, le discours de Charlotte traduit une valorisation appropriée des relations avec les figures d'attachement. Elle peut se montrer vulnérable, tout en demeurant contenue, traduisant ainsi une sécurité des relations d'attachement.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de Charlotte, il est principalement possible d'observer :

- un discours qui valorise l'attachement et les relations aux FA;
- des réponses parfois peu détaillées, mais demeurant appropriées et pertinentes;
- la capacité à utiliser le soutien offert par l'examinatrice afin d'élaborer davantage concernant son expérience;

- une capacité à aborder les conflits et leur résolution de façon cohérente et contenue.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées dans l'entrevue de Charlotte permet d'attribuer une classification des représentations d'attachement de type sécurisant, tant à l'égard de la figure maternelle que de la figure paternelle.

### **Description des représentations d'attachement chez la mère de Charlotte**

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à la mère de Charlotte est **insécurisant-préoccupé, de sous-type préoccupé par des événements traumatiques (E3)** (voir Appendice B). Les scores obtenus aux différentes échelles continues de l'AAI sont rapportés dans le Tableau 20.

Tableau 20

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de la mère de Charlotte*

	Mère	Père
<b>Idéalisation</b>	4,5	N/A
<b>Colère</b>	1,0	2,0
<b>Dénigrement</b>	1,0	1,0
	<b>Score global</b>	
<b>Dénigrement global</b>	1,0	
<b>Manque de rappel</b>	3,0	
<b>Métacognition</b>	1,0	
<b>Passivité</b>	3,5	
<b>Peur de perte</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de deuil non-résolu</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de trauma non-résolu</b>	N/A	
<b>Score non résolution global</b>	1,0	
<b>Cohérence du discours</b>	4,0*	
<b>Cohérence de la pensée</b>	4,0*	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Tout d'abord, la mère rapporte des expériences de négligence, d'exposition à de la violence conjugale ainsi que d'abus physique par la figure paternelle durant l'enfance. À travers l'entrevue, soulignons l'émergence de certaines **images terrifiantes** liées à ces expériences dans le discours de la mère. La préoccupation par des événements traumatiques est illustrée dans l'extrait suivant :

**ER Rejet :** J'allais pis là mon père se mettait le pied dans la porte là, ça c'est un détail je peux te dire que c'est une photo enregistrée dans ma mémoire. Pis là il me disait « qu'est-ce tu veux? » (Récurrence de l'image du « pied dans la porte »). *C'était quoi votre réaction?* Honnêtement, je me souviens de l'image, mais je peux pas te dire comment j'étais... (Confusion dans l'expérience). Mais t'sais si je me remettais à y penser j' imagine que c'était de la colère mélangée avec beaucoup de tristesse. T'sais à huit ans, imagine que c'est Charlotte et que son papa voulait pas qu'elle rentre. C'est pas sain,



ça se peut pas... Je peux pas rentrer chez moi, tu mets ton pied dans la porte, c'est un gros détail de souvenir (Souvenir effrayant précis et détaillé).

L'extrait suivant permet également de démontrer la préoccupation liée à des images terrifiantes :

**ER Gestes abusifs :** En plein hiver, en plein hiver, il était fâché contre ma mère et j'avais, je m'en rappelle encore, un petit ameublement d'un lit baldaquin et il l'avait étendue sur le lit, égorgée, ma mère ne pouvait plus... elle était... je voulais aider ma mère mais il m'a repoussée pfff! (Souvenir effrayant précis et détaillé). J'ai revolé, j'ai été nu-bas vite en bas voir mon grand-père qui devait le raisonner... (Sentiment de peur et agitation). Mon père a un bras paralysé. On sait pas si c'est une maladie ou quoi que ce soit, mais il avait comme toute la puissance d'une main. Cette main-là quand il la prenait, il pouvait quasiment virer un camion façon de parler à l'envers, il était fort, il était très puissant... (Image de toute-puissance et terrifiante).

Étant donné le niveau de préoccupation et d'agitation associé au récit de ces événements traumatiques, la **cohérence** du discours de la mère s'avère sous le seuil de la sécurité. Enfin, notons qu'il n'a pas été possible d'attribuer un score d'idéalisation pour la relation avec son père étant donné que la mère trouvait trop difficile d'énumérer cinq adjectifs afin de décrire leur relation.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de la mère de Charlotte, il est principalement possible d'observer :

- l'introduction à quelques reprises de thèmes traumatiques, même lorsqu'elle parle d'autres sujets de prime abord positifs;
- l'évocation des expériences traumatiques qui entraîne de la peur, une confusion ainsi qu'une agitation émotionnelle revécue dans le présent;

- une difficulté à orienter l'attention ailleurs que sur l'évènement traumatique;
- une entrevue de longue durée.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) observées dans l'entrevue de la mère de Charlotte permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type insécurisant-préoccupé, de sous-type préoccupé par des évènements traumatiques (E3). Bien qu'un niveau modéré d'idéalisation soit présent envers la figure maternelle, l'émergence d'images traumatiques oblige à attribuer la catégorie E3.

### **Correspondances des représentations d'attachement de Charlotte et sa mère**

Les catégories générales d'attachement attribuées sont différentes, étant de type sécurisant chez Charlotte et de type insécurisant-préoccupé, de sous-type préoccupé par des évènements traumatiques chez la mère (E3). Les résultats obtenus aux échelles continues communes (cohérence, colère préoccupée, idéalisation, détachement-dénigrement) sont présentés dans la Figure 7. Des niveaux similaires de cohérence et d'idéalisation envers la figure maternelle sont observables tant chez Charlotte que chez sa mère. La préoccupation liée à des images traumatiques et les caractéristiques générales du discours de la mère de Charlotte expliquent l'attribution d'une catégorie d'attachement insécurisant (E3).

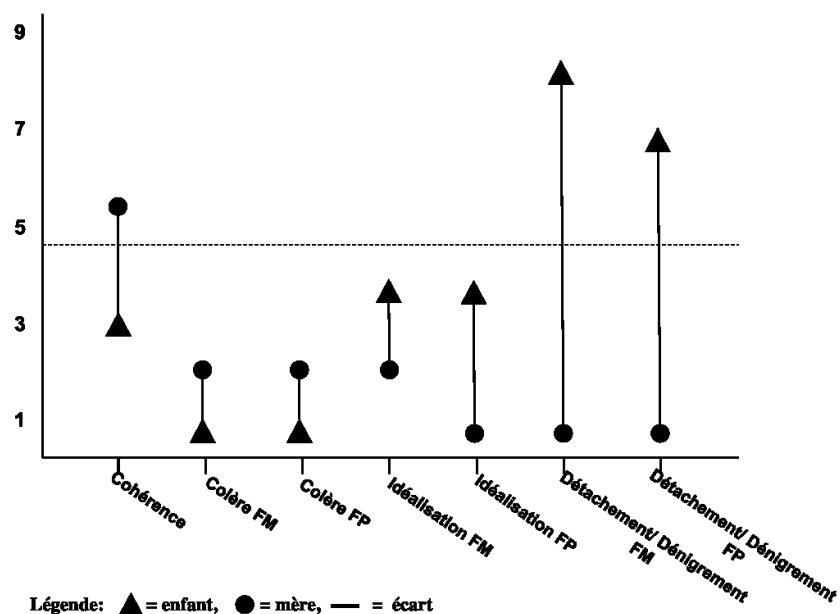


Figure 7. Correspondances aux échelles continues communes chez Charlotte et sa mère.

### Description de la dyade 6 : Kevin et sa mère

#### Situation familiale et motif de consultation

Kevin est un adolescent de quinze ans et un mois. Il est enfant unique et vit avec ses deux parents. La famille consulte étant donné un niveau élevé d'inquiétudes vécues au quotidien, dont particulièrement des peurs liées au sang, aux blessures et aux maladies.

#### Description des troubles anxieux et manifestations d'anxiété chez Kevin

Les différents troubles anxieux et manifestations anxieuses identifiés chez Kevin sont présentés au Tableau 21.

Tableau 21

*Description des troubles anxieux et manifestations anxieuses chez Kevin*

	<b>Diagnostic médical</b>	<b>K-SADS-PL</b>	<b>BASC-2</b>	<b>R-CMAS</b>
<b>Diagnostics et manifestations d'anxiété</b>	- Trouble d'anxiété généralisée	-Trouble panique (sans agoraphobie)  -Phobie spécifique (blessures, sang, maladies)	<i>Auto-rapporté (enfant) :</i> -Aucun  <i>Rapporté par la mère :</i> -Somatisation	-Aucun

Concernant la nature des symptômes anxieux rapportés au K-SADS-PL, les critères d'un trouble panique sont rencontrés. Notons d'emblée qu'au moment de l'entrevue, l'enfant vient de commencer une nouvelle médication associée aux attaques de panique et que la fréquence de celles-ci a grandement diminué. De façon plus spécifique, des attaques de panique récurrentes associées à des palpitations, des tremblements, des nausées ainsi qu'une peur de mourir ont été vécues par l'adolescent depuis plusieurs mois. Les attaques étaient principalement déclenchées par des anticipations importantes liées à un nouvel épisode de panique. Les parents rapportent avoir également observé un certain retrait social, l'adolescent préférant rester à la maison de peur de vivre une autre attaque à l'extérieur. Ensuite, les manifestations décrites par les parents permettent également d'identifier la présence d'une phobie spécifique liée au sang ainsi qu'aux blessures et aux maladies qui pourraient l'amener à être hospitalisé. Ces craintes spécifiques seraient présentes chez Kevin depuis son jeune âge. Notons que l'adolescent reconnaît le caractère excessif de ses craintes. Une atteinte

à son fonctionnement quotidien demeure toutefois observable tant au plan social que familial, Kevin s'empêchant de prendre part à plusieurs activités et vivant une détresse significative face à l'idée de possibles atteintes physiologiques.

### Description des représentations d'attachement chez Kevin

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à Kevin envers sa figure maternelle et envers sa figure paternelle est **insécurisant-détaché**. Les scores obtenus aux différentes échelles continues du CAI sont rapportés dans le Tableau 22.

Tableau 22

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de Kevin*

	Mère	Père
Colère préoccupée	1,0	1,0
Idéalisation	4,0	4,0
Détachement/Dénigrement/Minimisation	8,0*	7,0*
	Score global	
Ouverture émotionnelle	1,5*	
Équilibre références positives et négatives aux FA	3,0*	
Utilisation des exemples	3,0*	
Résolution des conflits	5,0	
Désorganisation	Absente	
Cohérence	3,0*	

\* Score significatif lié à l'insécurité.

Un niveau élevé de **détachement** est observé chez Kevin, par exemple lorsque des situations conflictuelles ou des situations de séparation de longue durée sont abordées, comme cela est illustré dans l'extrait suivant :

**ER Frappé :** Non, bah ma mère m'a peut-être donné une gifle, une fois, deux fois. C'était juste une petite... parce que je te dis, avec ma mère, je suis pas capable de m'arrêter, j'en rajoute, j'en rajoute... (Minimisation, normalisation). *Tu te rappelles ce qui c'était passé?* Non, même pas. Vraiment, c'était juste pour, je sais pas, je me souviens pas (Manque de rappel). J'ai même pas eu mal, c'était même pas rouge. *Comment tu te sentais?* Ben là j'ai compris que c'était trop, il fallait que j'arrête.

De plus, des propos de **dénigrement** à l'égard de la relation avec la figure maternelle sont observables en quelques occasions, comme en témoigne l'extrait suivant :

**ER Adjectif relation mère (deux personnalités fortes) :** Pendant les devoirs, c'est souvent tendu. Quand elle m'aide, mais souvent je lui demande pas d'aide. Par exemple, je fais un texte à l'ordi, mais elle veut tout le temps vérifier pour les fautes même si moi je m'en fous (Refus d'aide ou de vulnérabilité). C'est important mais je m'en fous. *Tu te sens comment?* Ça m'énervé. C'est long, c'est plate, je suis assis et j'ai rien à faire. (...) C'est chiant (Termes plutôt dénigrants).

Ensuite, le discours de Kevin se caractérise également par une faible **ouverture à l'exploration des affects**. En dépit des efforts de collaboration apparents de Kevin, peu d'affects sont utilisés pour décrire ses affects ou ceux des autres, mis à part « correct », « ça m'énervé » ou « pas bien ». Concernant l'**équilibre des références aux figures d'attachement**, bien que le garçon soit modérément équilibré dans la perception plus en surface de ses figures d'attachement, il n'est pas capable de considérer les aspects plus conflictuels de ses relations et a alors tendance à répondre qu'il ne se souvient pas ou ne sait pas. Concernant l'**utilisation d'exemples** pour soutenir ses propos, un seul exemple précis est donné et il demeure incomplet. Enfin, concernant la **cohérence**, on retrouve

plusieurs contradictions dans le discours de l'adolescent, dont une difficulté à soutenir ses propos avec des exemples appropriés ainsi qu'un recours à une idéalisation modérée de la figure maternelle malgré certains propos dénigrants. De plus, le narratif s'avère court, peu fluide et inclut régulièrement de longues pauses.

Au niveau des caractéristiques générales du discours de Kevin, il est principalement possible d'observer :

- des réponses abstraites et générales, comportant peu de souvenirs précis et d'émotions;
- peu de reconnaissance des séparations ou des pertes;
- peu de reconnaissance d'une saine dépendance aux autres ou de sa vulnérabilité;
- une description des relations comme normales ou n'ayant rien de spécial;
- une emphase sur le matériel comme indice d'amour ou d'expériences relationnelles positives.

En conclusion, l'ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées dans l'entrevue de Kevin permet d'attribuer une classification générale des représentations d'attachement de type insécurisant-détaché, tant à l'égard de la figure maternelle et de la figure paternelle.

### Description des représentations d'attachement chez la mère de Kevin

La catégorie générale de représentations d'attachement attribuée à la mère de Kevin est **sécurisant, de sous-type dépendant (F4/F5)** (voir Appendice B). Les scores obtenus aux différentes échelles continues de l'AAI sont rapportés dans le Tableau 23.

Tableau 23

*Résultats aux échelles continues de l'entrevue d'attachement de la mère de Kevin*

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>
<b>Idéalisation</b>	2,0	1,0
<b>Colère</b>	2,0	2,0
<b>Dénigrement</b>	1,0	1,0
	<b>Score global</b>	
<b>Dénigrement global</b>	2,0	
<b>Manque de rappel</b>	3,0	
<b>Métacognition</b>	6,0	
<b>Passivité</b>	4,0	
<b>Peur de perte</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de deuil non-résolu</b>	1,0	
<b>Score le plus élevé de trauma non-résolu</b>	N/A	
<b>Score non résolution global</b>	1,0	
<b>Cohérence du discours</b>	5,5	
<b>Cohérence de la pensée</b>	5,5	

De façon générale, aucune échelle continue n'atteint le seuil significatif lié à l'insécurité. De plus, les indices positifs d'attachement sécurisant (cohérence, métacognition) obtiennent des scores élevés. Notons que la mère fait preuve d'un niveau particulièrement élevé de métacognition, ce qui est rarement observé tant en population générale que clinique.



Au niveau des caractéristiques générales du discours de la mère de Kevin, il est principalement possible d’observer :

- une aisance à discuter des relations passées, malgré certaines expériences d’enfance décrites comme peu aimantes;
- pas de débordement ou de contradictions malgré certaines traces de colère préoccupée ou d’idéalisation;
- un discours personnel, marqué par une réflexivité élevée;
- un propos nuancé et équilibré;
- un pardon par rapport aux manquements des parents.

En conclusion, l’ensemble des échelles continues (*bottom-up*) et des caractéristiques générales du discours (*top-down*) évaluées dans l’entrevue de la mère de Kevin permet d’attribuer une classification générale des représentations d’attachement de type sécurisant.

### **Correspondances des représentations d’attachement de Kevin et sa mère**

Tout d’abord, les catégories générales d’attachement attribuées diffèrent, étant de type insécurisant-évitant chez Kevin et de type sécurisant chez la mère (F5/F4). Les résultats obtenus aux échelles continues communes (cohérence, colère préoccupée, idéalisation, détachement-dénigrement) sont présentés dans la Figure 8. Les principaux écarts observés concernent les échelles de détachement/dénigrement ainsi que d’idéalisation envers la figure maternelle et la figure paternelle, où Kevin obtient un

score plus élevé que sa mère. Enfin, la cohérence du discours de Kevin se situe sous le seuil lié à l'insécurité, contrairement à la cohérence élevée du discours de la mère.

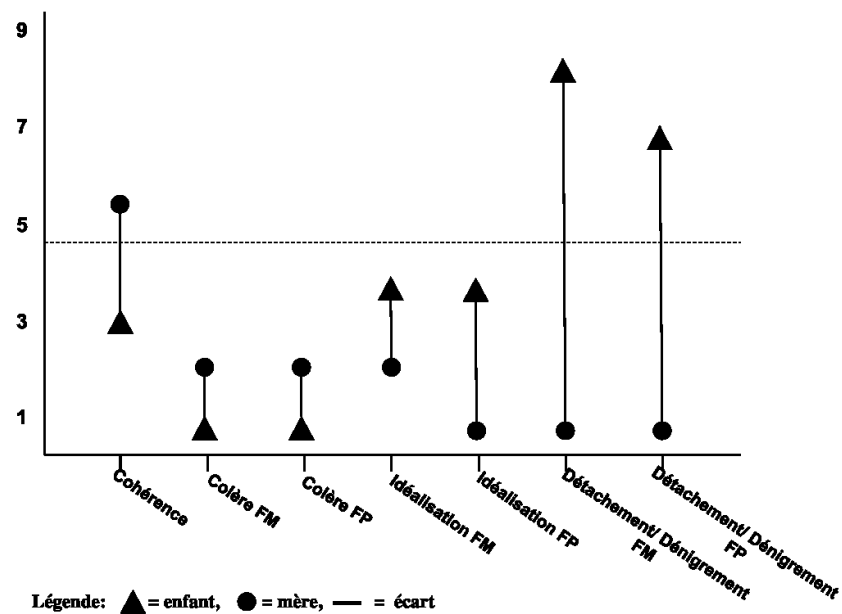


Figure 8. Correspondances aux échelles continues communes chez Kevin et sa mère.

### Analyse transversale des cas

Les Tableaux 24, 25 et 26 résument l'ensemble des résultats pour chaque dyade présentée.

Tableau 24

*Analyse croisée des résultats*

Dyade	Attachement chez l'enfant (CAI)		Attachement chez la mère (AAI)		Troubles anxieux chez l'enfant (Diagnostic médical, K-SADS-PL)	Manifestations anxieuses chez l'enfant (BASC-2, R-CMAS)
	Catégories d'attachement	Échelles continues (seuil lié à l'insécurité)	Catégorie générale d'attachement	Échelles continues (seuil lié à l'insécurité)		
<b>Aurélie et sa mère</b>	FM : <b>Insécurisant-préoccupé</b>  FP : <b>Insécurisant-préoccupé</b>	-Colère préoccupée FM -Préoccupation anxieuse morbide FM et FP -Faible ouverture émotionnelle -Faible résolution de conflits	<b>Insécurisant préoccupé (E2)</b> , sous-type colérique	-Colère préoccupée FP et FM	-Phobie spécifique (peur de vomir)  - Trouble d'anxiété de séparation	-Somatisation  -Anxiété physiologique  -Inquiétudes - hypersensibilité
<b>Thomas et sa mère</b>	FM : <b>Insécurisant-détaché</b>  FP : <b>Insécurisant-détaché</b>	-Faible ouverture émotionnelle -Faible équilibre positif/négatif -Faible utilisation d'exemples -Faible résolution de conflits	<b>Sécurisant (F4)</b> , pôle dépendant	Aucune	- Trouble d'anxiété de séparation  -Trouble d'anxiété généralisée	- Anxiété  -Inquiétudes – hypersensibilité  -Anxiété physiologique
<b>Léa et sa mère</b>	FM : <b>Insécurisant-détaché</b>  FP : <b>Insécurisant-détaché</b>	-Détachement-minimisation FM et FP -Faible ouverture émotionnelle - Faible équilibre positif/négatif -Faible utilisation d'exemples	<b>Sécurisant (F4)</b> , pôle dépendant	Aucune	-Trouble d'anxiété de séparation	-Inquiétudes - hypersensibilité

<b>Virginie et sa mère</b>	FP : <b>Sécurisant</b>  FP : <b>Sécurisant</b>	Aucune	<b>Non-résolu (U/F5/E2E3) :</b>  FM : <b>Insécurisant-préoccupé (E2)</b> , sous-type colérique  FP : <b>Insécurisant-préoccupé (E3)</b> , sous-type préoccupé par des images traumatiques  GMM : <b>Sécurisant (F5)</b> , pôle dépendant	-Colère préoccupée FM -Trauma non-résolu	-Trouble panique (sans agoraphobie)  -Phobie spécifique (peur de vomir)	-Somatisation
<b>Charlotte et sa mère</b>	FM : <b>Sécurisant</b>  FP : <b>Sécurisant</b>	-Faible ouverture émotionnelle - Faible équilibre positif/négatif -Faible résolution de conflits	<b>Insécurisant-préoccupé (E3)</b> , sous-type préoccupé par des images traumatiques	Aucune	-Anxiété généralisée  -Phobie spécifique (peur de ce qui sort du corps : vomir, sang, selles)	-Somatisation  -Anxiété physiologique
<b>Kevin et sa mère</b>	FM : <b>Insécurisant-détaché</b>  FP : <b>Insécurisant-détaché</b>	-Détachement-dénigrement FM et FP -Faible ouverture émotionnelle - Faible équilibre positif/négatif -Faible utilisation d'exemples	<b>Sécurisant (F5/F4)</b> , pôle dépendant	Aucune	-Anxiété généralisée  -Trouble panique (sans agoraphobie)  -Phobie spécifique (blessures, sang, maladie)	-Somatisation

FM : Figure maternelle, FP : Figure paternelle

Tableau 25

*Nature des anticipations chez les enfants ayant un trouble anxieux*

<b>Enfant</b>	<b>Catégorie et stratégies d'attachement</b>	<b>Principales anticipations chez l'enfant</b>
<b>Aurélie</b>	<b>- Insécurisant-préoccupé</b> - Colère préoccupée élevée - Préoccupation anxieuse/morbide élevée	-Liées à la perte de l'amour des figures parentales; -Liées aux situations de séparation des figures parentales; -Liées au vomissement.
<b>Thomas</b>	<b>Insécurisant-détaché</b> -Idéalisation modérée	-Liées aux situations de performance académiques ou sociales; -Liées à l'exposition des faiblesses.
<b>Léa</b>	<b>Insécurisant-détaché</b> -Détachement élevé	-Liées aux situations où elle aurait à exprimer des besoins (aller à la toilette, manger, boire); -Liées aux situations où elle devrait demander de l'aide et en serait incapable.
<b>Virginie</b>	<b>Sécurisant</b>	-Liées à de nouvelles attaques de panique; -Liées au vomissement
<b>Charlotte</b>	<b>Sécurisant</b>	-Liées au sang, aux selles ou au vomissement.
<b>Kevin</b>	<b>Insécurisant-détaché</b> -Dénigrement et détachement élevés	-Liées à de nouvelles attaques de panique; -Liées à des situations de vulnérabilité (maladie, piqures).

Tableau 26

*Stresseurs cumulatifs dans l'environnement de l'enfant*

<b>Enfant</b>	<b>Sources de stress dans l'environnement</b>
<b>Aurélie</b>	- Incident apeurant survenu dans la cour de récréation où l'enfant n'aurait pas obtenu d'aide.
<b>Thomas</b>	-Aucun stress majeur identifié.
<b>Léa</b>	-Déménagement impliquant un changement d'école; -Voyage lié au travail de la mère pendant quelques semaines.
<b>Virginie</b>	-Entrée au secondaire; -Conflits et perturbations de l'équilibre familial liés à la présence du copain de la sœur dans la maison familiale; -Engagement de la mère dans un processus de psychothérapie; -Entrée dans l'adolescence.
<b>Charlotte</b>	-Décès du grand-père paternel de qui l'enfant était proche.
<b>Kevin</b>	-Changements liés à l'adolescence.

Les principales tendances observées à travers l'ensemble des cas sont présentées en fonction des trois objectifs de la présente étude et seront discutées dans la prochaine section.

**Principales tendances liées à la nature des représentations d'attachement chez l'enfant et chez la mère (objectif 1)**

**Chez les enfants ayant un trouble anxieux :**

- La majorité des enfants ont un attachement insécurisant (4 sur 6), dont la majorité de type détaché (3 sur 4);
- La majorité des enfants ont une faible ouverture émotionnelle (5 sur 6);
- La majorité des enfants ont une faiblesse sur le plan de l'équilibre des références positives et négatives aux FA (4 sur 6), en faveur d'une perception positive des FA.

#### **Chez les mères :**

- La moitié des mères ont un attachement insécurisant (3 sur 6);
- Toutes les mères ont un attachement se situant vers le pôle de la préoccupation (6 sur 6) sur le continuum des types d'attachement (voir Appendice B) (F4, F5, E2, E3);
- Notons la présence chez 2 mères sur 6 de modèles d'attachement préoccupé renvoyant à des événements traumatiques (E3), très rares dans la population générale.

#### **Principales tendances liées aux correspondances des représentations d'attachement mère-enfant (objectif 2)**

- Pour la majorité des dyades (5 sur 6), il n'y a pas de correspondance entre l'attachement de la mère et celui de l'enfant, tant concernant les catégories que les dimensions. Cela demeure même en considérant une classification à deux catégories (sécurisant/insécurisant).

- Une seule dyade présente une correspondance sur le plan de la catégorie d'attachement (1 sur 1; Aurélie), soit une correspondance de représentations de type préoccupé;
- Une seule dyade présente une correspondance sur le plan des échelles continues (1 sur 1; Aurélie), et ce, uniquement pour l'échelle *Colère préoccupée* envers la figure maternelle;
- Tous les enfants anxieux ayant un attachement insécurisant-détaché (3 sur 3; Thomas, Léa, Kevin) ont une mère ayant un attachement sécurisant se situant sur le pôle de la préoccupation (F4 ou F5);
- Tous les enfants anxieux ayant un attachement sécurisant ont une mère ayant des représentations de type préoccupé par des événements traumatiques (E3) (2 sur 2; Virginie, Charlotte).

**Principales tendances liées aux liens entre les représentations d'attachement et les troubles anxieux (objectif 3)**

- Tous les enfants présentant un trouble anxieux orienté vers la sphère relationnelle (anxiété de séparation) ont un attachement insécurisant (3 sur 3);
- Tous les enfants présentant une phobie spécifique de vomir (3 sur 3) ont une mère ayant un attachement insécurisant-préoccupé;
- La majorité des enfants présentent des symptômes d'ordre physiologique ou somatique (5 sur 6);



- 5 enfants sur 6 ont vécu dans leur environnement différentes sources de stress en parallèle à l'émergence de leur trouble anxieux.

## Discussion

La présente étude de cas multiples s'est intéressée aux représentations d'attachement chez des enfants d'âge scolaire ayant un ou des troubles anxieux et chez leur mère, en ayant recours à l'*analyse du discours* employée dans les entrevues d'attachement (CAI et AAI). Le premier objectif de notre étude visait à décrire les tendances liées aux profils d'attachement chez des enfants ayant un trouble anxieux et chez leur mère, non seulement en termes de catégories mais également en termes de dimensions du discours. Le second objectif visait à décrire les correspondances mère-enfant des représentations d'attachement. Le troisième objectif de notre étude visait à procéder à une analyse approfondie de la nature des associations entre les différents types de représentations d'attachement chez l'enfant, chez la mère et le type de symptômes d'anxiété observés chez l'enfant ayant un trouble anxieux. Les résultats les plus saillants seront discutés dans les pages qui suivent. Ensuite, à la lumière des grandes tendances observées à travers les différentes dyades, des pistes cliniques tenant compte des représentations d'attachement mère-enfant seront proposées afin d'orienter les interventions auprès d'une population d'enfants expérimentant une anxiété de niveau clinique et leur mère.

## **1. Nature des représentations d'attachement chez l'enfant ayant un trouble anxieux et chez sa mère**

### **1.1. Chez les enfants anxieux**

**1.1.1. Insécurité et représentations d'attachement détaché.** La majorité des six enfants anxieux composant notre échantillon présente des représentations d'attachement de type insécurisant (4 sur 6; Aurélie, Thomas, Léa, Kevin). Un tel résultat converge avec la documentation scientifique existante à ce jour voulant que le manque de sécurité d'attachement soit associé à l'émergence de symptômes d'anxiété chez l'enfant (Bender et al, 2015; Brumariu et al., 2012; Colonnesi et al., 2011). Notons toutefois que, dans leur méta-analyse, Colonnesi et al. (2011) ont démontré que l'association identifiée entre le niveau de sécurité d'attachement (sécurisant/insécurisant) et l'anxiété chez l'enfant demeure modérée ( $r = 0,30$ ). Par ailleurs, l'examen des quatre différentes catégories de représentations d'attachement démontre que les enfants ayant un attachement insécurisant au sein de notre échantillon présentent principalement des représentations d'attachement de type détaché (Thomas, Léa, Kevin). Seule une enfant présente un attachement de type préoccupé (Aurélie). De tels résultats s'avèrent contradictoires avec les tendances empiriques et théoriques actuelles selon lesquelles ce sont principalement les représentations d'attachement de type préoccupé qui seraient associées aux troubles anxieux (Brumariu & Kerns, 2010a; Colonnesi et al., 2011; Nolte et al., 2011). À ce jour, seules quelques études ont démontré une association entre l'attachement détaché et la présence de troubles anxieux, celles-ci ayant toutefois été réalisées auprès de populations générales composées d'enfants d'âge préscolaire (Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013) ou exclusivement d'adolescents (Ivarsson et al., 2010).

À la lumière des résultats de la présente étude, il est possible de conclure que les troubles anxieux peuvent émerger tant chez les enfants d'âge scolaire ayant recours à des stratégies d'*hyperactivation* (attachement préoccupé) que de *désactivation* (attachement détaché) du système d'attachement. Certaines hypothèses explicatives peuvent être soulevées afin de nuancer et d'expliquer la présence de plusieurs enfants détachés au sein de cet échantillon recruté en clinique spécialisée de 3<sup>e</sup> ligne. D'une part, comme cela a été démontré dans l'article de validation du CAI de Shmueli-Goetz et al. (2008), les représentations d'attachement de type préoccupé sont généralement les plus rares au sein d'une population normale d'enfants d'âge scolaire. En effet, elles se situent autour de 7 %, alors que des prévalences de 30 % pour les représentations d'attachement de type détaché et de 61 % pour les représentations de type sécurisant ont été démontrées. Bien qu'un parallèle ne puisse être effectué directement entre une population normale et la population clinique du présent échantillon, un nombre plus élevé d'enfants ayant un attachement de type détaché que préoccupé serait attendu. D'autre part, le type de stratégies d'attachement employées (détachées ou préoccupées) pourrait entraîner des trajectoires différentes dans l'évolution des manifestations de la psychopathologie et, conséquemment, à quel stade les problématiques d'anxiété vécues pourront être identifiées. Concernant les enfants détachés, il est reconnu que les stratégies de désactivation qu'ils mobilisent sont associées à de la sur-indépendance et de la distance relationnelle, tout en inhibant les expériences émotionnelles qui pourraient activer le système d'attachement (Cassidy & Kobak, 1988; Mikulincer et al., 2003). Chez les enfants détachés du présent échantillon clinique (Thomas, Léa, Kevin), de tels

mécanismes s'avèrent également observables et influencent leurs mécanismes d'adaptation face à leurs symptômes d'anxiété. Par exemple, ces trois enfants anxieux démontrent une tendance à la sur-indépendance (p. ex., cherchent davantage par eux-mêmes les solutions aux menaces anticipées), à l'intellectualisation (p. ex., activation davantage cognitive qu'affective, expression d'une impression que leur « tête va exploser » ou même d'« une envie de mourir pour ne plus avoir à penser »), ainsi qu'à une expression indirecte de leur détresse, et ce, seulement lorsque leurs stratégies de désactivation de l'attachement ne sont plus fructueuses (p. ex., expression d'un épuisement important plutôt que de l'anxiété). Par ailleurs, il a été démontré que les enfants détachés démontrent une activation physiologique particulièrement élevée (Hertsgaard et al, 1995; Spangler & Grossman, 1993), même si leurs stratégies de désactivation laissent initialement peu paraître leur détresse au plan comportemental. Inversement, chez les enfants préoccupés ayant recours à des stratégies d'*hyperactivation*, les symptômes anxieux et la détresse liée à l'anxiété seront amplifiés et très rapidement communiqués au donneur de soin. Ainsi, il est proposé que la détresse des enfants détachés liée à l'anxiété peut fréquemment être plus difficile à repérer et, conséquemment, être identifiée à un stade davantage avancé ou aigu des troubles anxieux, expliquant en partie leur présence au sein de cet échantillon clinique recruté en clinique spécialisée.

Enfin, il s'avère essentiel de reconnaître que les stratégies de désactivation du système d'attachement et de distanciation peuvent être caractéristiques de l'adolescence

(Allen, 2008; Brumariu et al., 2013; Venta et al., 2014). Au sein de cet échantillon, un jeune ayant un attachement détaché (Kevin) se trouve dans cette période développementale. Or, le détachement observé chez Kevin (principalement le dénigrement et la minimisation) témoigne d'un attachement insécurisant et ne saurait être entièrement expliqué par l'adolescence. En effet, les stratégies de désactivation mobilisées chez l'adolescent demeurent accompagnées d'une faible cohérence et d'un niveau d'ouverture émotionnelle limité, témoignant d'un profil général marqué par l'insécurité.

**1.1.2. Déficits de l'ouverture émotionnelle.** Sur le plan des différentes dimensions de l'attachement (échelles continues), la principale tendance observée dans la présente étude est une faible ouverture émotionnelle chez les enfants ayant un trouble anxieux. En effet, 5 enfants anxieux sur 6 présentent une faible capacité à identifier leurs émotions ou à les évoquer en lien avec un contexte approprié (Aurélie, Thomas, Léa, Charlotte, Kevin). Soulignons que la présence de nombreux enfants détachés au sein de l'échantillon explique en partie la faible ouverture émotionnelle observée, puisque se couper de leurs affects s'avère leur principale stratégie défensive. Or, même chez les enfants ayant un attachement sécurisant, le niveau d'ouverture émotionnelle se situe près du seuil minimal requis pour attribuer cette classification d'attachement, appuyant le constat que de façon générale les enfants ayant un trouble anxieux présentent une ouverture émotionnelle peu marquée. La capacité à identifier ses affects est en effet reconnue comme la première étape de la régulation émotionnelle (Fonagy & Target,

2002). Sroufe (1996) explique que c'est à travers la corégulation des états émotionnels, au sein de la relation d'attachement, que peuvent se bâtir les fondations des capacités d'autorégulation des affects chez l'enfant, dont l'anxiété. Les enfants ayant un attachement insécurisant n'auraient pas eu l'occasion d'expérimenter la relation à autrui comme les aidant à contenir et réguler leur activation et leur détresse (Mikulincer et al., 2003; Schore, 2003), entravant ainsi le développement ultérieur de leur capacité à comprendre et réguler efficacement leurs propres émotions négatives de façon autonome (Fonagy & Target, 2002; Schore & Schore, 2008). Au niveau empirique, deux études récentes (Bender et al., 2015; Brumariu et al., 2012) ont démontré le rôle de principal médiateur joué par la régulation émotionnelle dans la relation entre le niveau de sécurité d'attachement et la présence de troubles anxieux chez les enfants d'âge scolaire. Ne permettant pas de prouver le rôle de médiateur des capacités de régulation émotionnelle, la présente étude descriptive permet néanmoins de souligner la pertinence de poursuivre des recherches en ce sens, en ayant identifié la présence de difficultés majeures chez les enfants ayant un trouble anxieux à identifier et à aborder leur expérience émotionnelle.

Au plan théorique et empirique, la capacité à réguler son expérience émotionnelle s'avère également intimement liée, à un niveau plus global, au développement des capacités de mentalisation (Sharp, 2006). La mentalisation est la capacité à concevoir soi-même et les autres en tant qu'agent social chez qui les pensées, les émotions et les comportements sont motivés par des intentions et des états mentaux sous-jacents (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Chez les enfants composant avec



un trouble anxieux, de telles difficultés à concevoir les intentions chez autrui et à donner un sens au comportement d'autrui peuvent contribuer à une perception du monde comme étant plus imprévisible ou menaçant, augmentant ainsi le risque de psychopathologie, dont les troubles anxieux. Par ailleurs, au sein de notre échantillon d'enfants ayant un trouble anxieux, une tendance à confondre leurs anticipations ou leurs peurs avec la réalité est observable (p. ex., les craintes d'être rejeté ou d'échouer sont abordées comme une réalité ou encore comme inévitables), rappelant un stade du développement de la mentalisation : le mode d'*équivalence psychique*. En effet, le développement de la capacité de mentalisation est complété via l'intégration de deux modes de pensée pré-mentalisans : le mode d'équivalence psychique et le mode « comme si » (Jurist 2005; Vergheugt-Pleiter, Zevalkink, & Schmeets, 2008). Le mode d'équivalence psychique est l'étape du développement de la mentalisation où les états mentaux sont encore confondus avec la réalité externe et ne sont pas perçus comme étant des représentations mentales de celle-ci (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Le mode « comme si » débute lorsque l'enfant commence à développer la pensée symbolique et à distinguer son monde interne de la réalité extérieure (Allen et al., 2008). Or, ces deux mondes doivent demeurer séparés à ce stade, car la confrontation à la réalité inhibe l'imagination chez l'enfant (Fonagy, 2001). Graduellement, c'est entre autres à travers le développement du jeu de *faire semblant* que l'enfant réussira à comprendre qu'il y a une différence entre son monde interne et le monde externe et qu'il développera la capacité à naviguer de façon flexible entre ces deux niveaux de conscience (Allen et al., 2008).

Par ailleurs, l'expérience d'un niveau d'anxiété élevé et chronique peut également entraver ou même désactiver la capacité à mentaliser (Allen et al., 2008). En effet, les menaces réelles ou anticipées (fréquentes dans le cas des troubles anxieux) provoqueront une réponse physiologique de combat ou d'évitement (*fight ou flight*), activant le système nerveux sympathique et les structures cérébrales associés aux réponses instinctives de protection et de survie. La capacité de mentalisation sera alors désactivée et les réactions physiques permettant de faire face au danger seront prédominantes. Inversement, lorsque l'individu aura retrouvé un état d'apaisement (via le système nerveux parasympathique), le cortex préfrontal pourra alors être réactivé et les capacités de mentalisation pourront à nouveau être mobilisées (Allen, 2008; Frith & Frith, 2003). Il a cependant été démontré que les individus ayant un attachement insécurisant ont moins eu l'occasion de développer l'efficacité de leur système parasympathique et de leur réponse vagale, permettant plus difficilement la régulation et le retour au calme (Diamond & Hicks, 2005). Un tel mode de fonctionnement physiologique chez les enfants ayant un attachement insécurisant (hyperactivation du système nerveux sympathique, manque d'efficacité du système nerveux parasympathique) pourrait donc également expliquer en partie les difficultés d'apaisement de l'anxiété et les déficits de mentalisation observés chez les enfants ayant un trouble anxieux.

Finalement, les enfants ayant des troubles anxieux semblent présenter des difficultés à mentaliser certaines parties spécifiques de leur expérience, plus

particulièrement les affects négatifs (Nolte et al., 2011; Wallin, 2007). Au sein de l'échantillon, la majorité des enfants anxieux présentent une faiblesse sur le plan de l'équilibre des références positives et négatives aux figures d'attachement (4 sur 6; Thomas, Léa, Charlotte, Kevin), en faveur d'une perception positive. Plus particulièrement, les affects de colère, de tristesse ou de honte relativement aux expériences avec leur FA sont peu évoqués dans les entrevues de ces enfants. Un tel résultat peut toutefois s'expliquer en partie par le grand nombre d'enfants ayant un attachement détaché au sein de l'échantillon et ayant recours à des stratégies de désactivation.

**1.1.3. Lorsque la sécurité d'attachement n'est pas suffisante à titre de facteur de protection.** La présente étude permet également d'identifier la présence de troubles anxieux même chez les enfants ayant intériorisé des représentations d'attachement sécurisant, comme cela est observé chez deux enfants (Virginie, Charlotte). À ce jour, plusieurs auteurs considèrent le développement d'un attachement sécurisant pendant l'enfance comme un facteur de protection contre l'émergence de psychopathologie (Carlson & Sroufe, 1995; DeKlyen & Greenberg, 2008; Dozier, Stovall-McClough, & Albus, 2008). Toutefois, dans une étude abordant spécifiquement le lien entre attachement et anxiété chez l'enfant, Zachrisson (2012) proposait plutôt une hypothèse voulant que l'insécurité d'attachement soit un facteur de risque, mais que la sécurité d'attachement ne soit pas nécessairement un facteur de protection. Dans la perspective de psychopathologie développementale (Cicchetti & Cohen, 2006), le

modèle vulnérabilité-stress lié à l'attachement (*diathesis-stress model of attachment*; Kobak et al., 2006) conceptualise l'attachement non pas comme un prédicteur direct de la psychopathologie mais plutôt comme un catalyseur de vulnérabilité pour la psychopathologie lorsque d'autres stresseurs importants sont rencontrés ou s'accumulent (p. ex., stresseurs extérieurs, comportements parentaux atypiques). Toutefois, même si les enfants ayant des représentations d'attachement sécurisantes peuvent être généralement considérés comme davantage résilients étant donné leur recours à des stratégies de gestion du stress plus flexibles et efficaces, il demeure possible que leurs stratégies adaptatives soient dépassées lorsque le niveau de stress rencontré et le cumul de facteurs de risques s'avèrent trop importants. Dans le cas des deux enfants ayant un attachement sécurisant de notre échantillon, soulignons la présence importante de stressors dans leur environnement direct (chez Virginie : conflits familiaux, entrée au secondaire, transition dans l'adolescence; chez Charlotte : deuil d'un proche significatif). Par ailleurs, un manque de sécurité des représentations d'attachement chez la figure d'attachement peut également être considéré comme un facteur de risque (Kobak et al., 2006), source d'un stress supplémentaire pour l'enfant. En effet, un niveau significatif d'insécurité d'attachement est présent chez les mères de ces deux enfants sécurisés (Virginie et Charlotte), impliquant des représentations d'attachement préoccupées par des événements traumatiques (E3) chez les deux mères ainsi que de la non-résolution (U) chez la mère de Virginie. La prochaine section précisera la contribution des représentations d'attachement de la mère dans l'émergence de troubles anxieux chez l'enfant.

## 1.2. Chez les mères d'enfants anxieux

**1.2.1. Des mères ayant des représentations d'attachement se situant sur le continuum de la préoccupation.** La principale tendance observée chez les mères d'enfants anxieux concerne le fait qu'elles présentent toutes des représentations d'attachement se situant dans le pôle de la préoccupation (6 sur 6) sur le continuum des types de représentations d'attachement (voir Appendice B), et ce, que leurs représentations soient sécurisantes ou non (F4, F5, E2, E3). D'une part, les mères ayant un attachement sécurisant (3 sur 6; mères de Thomas, Léa et Kevin) présentent des éléments préoccupés dans leur profil d'attachement (F4, F5). D'autre part, les mères ayant un attachement insécurisant (3 sur 6; mères d'Aurélié, Virginie et Charlotte) présentent également des représentations de l'ordre de la préoccupation (E2, E3). Il est donc possible d'avancer que les mères des enfants ayant un trouble anxieux tendent à recourir à des stratégies d'*hyperactivation* (plutôt que de désactivation) à différents degrés, soient de modéré à élevé. De façon générale, il est reconnu que l'attachement préoccupé et les stratégies d'hyperactivation chez le parent sont associés à davantage de comportements de surprotection ou de contrôle (de Wilde & Rapee, 2008; Main, 1995), diminuant ainsi les occasions pour l'enfant de développer son autonomie. La surprotection parentale et le découragement concomitant de l'indépendance sont susceptibles de limiter le développement d'un sentiment de compétence chez l'enfant et conséquemment, de renforcer l'évitement de situations potentiellement menaçantes (Chorpita & Barlow, 1998). Selon Wallin (2007), la tendance des parents préoccupés à

décourager l'autonomie de leur enfant pourrait entre autres découler de leurs propres craintes d'abandon ou de leur sentiment d'impuissance. Au plan empirique, des études se sont intéressées à l'impact des comportements parentaux sur le développement de la psychopathologie anxieuse chez les enfants (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; McLeod, Weisz, & Wood, 2007; Nolte et al., 2011). Les résultats de ces études ont tous démontré une association importante entre les comportements de surprotection chez le parent et les troubles anxieux chez l'enfant. La prévalence des stratégies d'hyperactivation chez les mères des enfants anxieux ayant été identifiée dans la présente étude peut donc être mise en parallèle avec ces écrits scientifiques.

Par ailleurs, soulignons que le recours à des stratégies d'hyperactivation chez la mère peut également entraîner certaines difficultés à soutenir le développement de la régulation émotionnelle auprès de l'enfant, celle-ci étant plus facilement débordée ou envahie (Mikulincer & Shaver, 2008). En effet, une mère qui expérimente ses propres émotions comme intenses et difficilement contenues peut avoir plus de difficulté à jouer un rôle de miroir face aux émotions de son enfant et ainsi permettre la corégulation (Schoore, 1994 ; Sroufe, 1996). Au plan neurobiologique, les stratégies d'hyperactivation des individus préoccupés semblent également être associées avec un système nerveux et limbique réactif. En effet, il a été démontré que ces mères ont une réactivité physiologique plus grande (amygdales en état d'hypervigilance, suractivation du système nerveux sympathique) (Haft & Slade, 1989) et peuvent être plus lentes à retrouver un équilibre (faible réponse vagale, manque d'efficacité du système nerveux

parasympathique) (Diamond & Hicks, 2005). L'expression d'affects négatifs ou de détresse chez leur enfant semble donc pouvoir mettre en péril plus facilement leurs capacités plus fragiles de régulation émotionnelle (Wallin, 2007). Par ailleurs, lorsque le parent présente lui-même certaines difficultés de régulation affective, il est reconnu que l'enfant développe plus difficilement la conscience de ses états internes, puisqu'il doit inhiber ou amplifier l'expression de certaines émotions afin de préserver le lien avec sa figure d'attachement (Mikulincer et al., 2003). Ainsi, la présence de stratégies d'hyperactivation à un niveau plus ou moins élevé chez les mères des enfants ayant des troubles anxieux semble pouvoir expliquer en partie les déficits d'ouverture émotionnelle observés chez ceux-ci, particulièrement en lien avec les affects négatifs.

**1.2.2. Les mères des enfants sécures ayant un attachement préoccupé par des évènements traumatiques.** Dans l'échantillon, deux mères sur six présentent des modèles d'attachement préoccupé par des évènements traumatiques (E3), un type de représentations d'attachement très rare dans la population générale. La classification d'attachement préoccupé par des évènements traumatiques est assignée lorsque l'évocation d'évènements traumatiques envahit le discours et que l'entrevue est marquée par la confusion et la peur (Main & Goldwyn, 1985; Main, Goldwyn, & Hesse, 2002). Main et ses collaborateurs ont identifié pour la première fois ce sous-groupe dans l'échantillon de Berkley (Main et al., 1985). Certaines mères apparaissaient mentalement dépassées et préoccupées en lien avec les thèmes d'abus, plutôt que présentant des traumatismes non-résolus. En effet, elles ne présentaient pas de rupture dans leur discours,

mais plutôt un état d'envahissement, particulièrement sous la forme d'images apeurantes ayant des caractéristiques quasi-oniriques. Il a également été établi que la classification E3 est davantage observable dans les échantillons psychiatriques ou ayant été victimes d'abus (Fonagy et al., 1996; West & Georges, 2002). Toutefois, soulignons que les deux mères préoccupées par des événements traumatiques au sein de l'échantillon sont les mères d'enfants ayant un attachement sécurisant (Virginie, Charlotte). À ce sujet, Main et ses collègues (1985) ont décrit que les mères ayant des représentations d'attachement préoccupé de type passif (E1) ou colérique (E2) seraient davantage à risque de présenter des comportements fréquents propres à la préoccupation (surprotection, intrusion, envahissement) que les mères de type préoccupé par des événements traumatiques (E3). Les enfants de ces dernières pourraient donc intérioriser plus fréquemment un sentiment de sécurité. Toutefois, l'émergence ponctuelle de préoccupation liée aux événements traumatiques vécus demeure un stress supplémentaire s'ajoutant au sein du système familial et de la relation mère-enfant, favorisant le développement de différents symptômes chez l'enfant dont l'anxiété. Les résultats de la présente étude soulignent donc l'importance de demeurer attentif aux stratégies d'attachement chez la mère lorsqu'il y a psychopathologie anxieuse chez l'enfant, et ce, même lorsqu'on observe une sécurité des représentations d'attachement chez l'enfant.

Au-delà de représentations préoccupées par des événements traumatiques (E3), il est important de souligner que la mère de Virginie présente également certains traumatismes non-résolus. De façon générale, le statut non-résolu (U) est attribué en tant que



classification principale et une classification secondaire liée aux représentations d'attachement teintant le reste du discours lorsque le trauma n'est pas activé est également identifiée. Les manifestations de non-résolution (p. ex., ruptures dans le discours, difficultés d'élaboration) sont présentes seulement lorsque les deuils ou traumas sont abordés directement ou ramenés à la conscience. En plus de la non-résolution, la mère de Virginie présente plusieurs autres types de représentations d'attachement en classification secondaires (U/F5/E2/E3), soit l'attachement insécurisant-préoccupé de sous-type colérique envers la figure maternelle (E2), insécurisant-préoccupé de sous-type préoccupé par des images traumatiques envers la figure paternelle (E3) et sécurisant envers la grand-mère maternelle (F5). Soulignons que le fait de présenter plusieurs modèles d'attachement non-intégrés à l'âge adulte est plus rare et peut indiquer qu'une réorganisation intrapsychique est en cours, par exemple suite à un stress ou trauma réorganisateur ou encore dans le cas où un suivi en psychothérapie commence à porter fruit, comme cela semble être le cas chez la mère de Virginie bénéficie de cette intervention depuis plus d'un an. Concernant l'occurrence simultanée des classifications de deuil ou de trauma non-résolu et de préoccupation par des images traumatiques (U/E3) chez un donneur de soins, ce statut a été démontré comme prédisant un niveau élevé de problème de comportements chez l'enfant à l'âge scolaire (Zajac & Kobak, 2009). Kobak et al. (2006) considèrent le deuil ou le trauma non-résolu chez un donneur de soins comme une source continue de stress interpersonnel, rendant ainsi ces individus plus susceptibles de présenter des comportements apeurants dans la relation avec l'enfant (Dozier et al., 2008; Lyons-Ruth

& Jacobvitz, 1999). Toutefois, certains auteurs ont proposé que le statut non-résolu lié à la perte ou l'abus puisse être modéré en fonction des types de représentations d'attachement organisées sous-jacentes à l'état de non-résolution (sécurisant, insécurisant-détaché ou insécurisant-préoccupé) (Hesse, 2008; Hesse & Main, 2006). Ainsi, les donneurs de soins ayant un trauma ou deuil non résolu avec des représentations d'attachement sécurisantes en classification principale (U/F) pourraient être plus résilients, en gérant le stress des deuils ou des abus non-résolus de façon plus efficace et en offrant des soins plus sensibles et flexibles la majorité du temps (soit lorsque le souvenir du trauma n'est pas réactivé). En ce sens, la mère de Virginie a également intériorisé des représentations d'attachement sécurisant envers sa grand-mère maternelle (F5), favorisant ainsi possiblement sa capacité à demeurer généralement fonctionnelle et organisée malgré certains affects difficiles associés au rappel des événements traumatiques et face aux différents stressseurs rencontrés par la famille.

## **2. Correspondances intergénérationnelles chez l'enfant anxieux et sa mère**

### **2.1. Peu de correspondances, davantage en complémentarité**

Un faible niveau de transmission intergénérationnelle mère-enfant des représentations d'attachement est observable dans le présent échantillon. Chez la majorité des dyades (5 sur 6) mère-enfant, il y a peu de correspondance entre les représentations d'attachement de la mère et de l'enfant, tant concernant les catégories que les dimensions. En effet, une seule dyade présente une correspondance liée à la catégorie d'attachement (Alice et sa mère), soit une correspondance de représentations

de type préoccupé. Concernant les dimensions d'attachement (échelles continues), la dyade d'Alice et sa mère est également la seule à démontrer une correspondance, et ce, uniquement pour l'échelle continue de la *Colère préoccupée* envers la figure maternelle. Compte tenu de la documentation scientifique existante à ce jour, il est surprenant d'observer uniquement de la transmission intergénérationnelle liée à la préoccupation. En effet, van IJzendoorn (1995) a démontré que 82 % des mères qualifiées comme étant sécures ont un enfant ayant intériorisé un attachement sécurisant, que 65 % des mères détachées ont un enfant évitant et que 35 % des mères préoccupées ont également un enfant ambivalent tel que mesuré par la Situation étrange. La préoccupation est donc considérée comme la catégorie au plus faible taux de transmission intergénérationnelle (Main et al., 1985).

Dans le présent échantillon, une tendance à la complémentarité sur le plan des stratégies d'attachement (stratégies d'hyperactivation versus de désactivation) est davantage observée. En effet, tous les enfants anxieux ayant un attachement insécurisant-détaché (3 sur 3; Thomas, Camille, Hugo) ont une mère ayant un attachement sécurisant, mais se situant tout de même sur le pôle de la préoccupation (F4 ou F5). En ce sens, soulignons que van IJzendoorn (1995) avait également identifié une proportion importante de mères préoccupées ayant des enfants évitants à la Situation étrange. De plus, selon Shah et al. (2010), une mère dont les stratégies sont teintées par l'hyperactivation du système d'attachement aurait tendance à avoir un enfant ayant recours à la stratégie de désactivation. D'une part, tel qu'abordé précédemment, une

mère qui présente une tendance à l'hyperactivation peut devenir plus facilement envahie par ses propres affects, laissant ainsi peu de place au reflet et à la reconnaissance des émotions de l'enfant (Schorre 2003). Conséquemment, l'enfant peut en venir à se couper de son monde affectif à l'aide de stratégies de désactivation caractéristiques des enfants détachés. D'autre part, il est également possible de penser qu'une mère qui s'hyperactive et qui présente certains comportements d'intrusion ou de surprotection pourrait pousser l'enfant à vouloir maintenir une distance relationnelle.

Rappelons toutefois que dans les dyades des enfants détachés de notre échantillon (Thomas, Léa, Kevin), les trois mères, bien qu'elles se situent sur le continuum de la préoccupation, présentent toutes néanmoins une sécurité d'attachement (F4, F5). La transmission de la sécurité d'attachement mère-enfant étant habituellement particulièrement robuste (van IJzendoorn, 1995), certaines hypothèses explicatives peuvent être avancées pour expliquer l'insécurité chez l'enfant. En ce sens, il est éclairant de soulever la possibilité selon laquelle la sécurité d'attachement n'aurait peut-être pas toujours été présente chez ces mères. À ce sujet, Main et Goldwyn (1998) ont identifié deux formes d'individus ayant un attachement sécurisant à l'aide de l'AAI : ceux qui décrivent de façon cohérente un historique continu de relations sécurisantes (sécurité continue) et ceux qui n'ont probablement pas eu un attachement sécurisant pendant l'enfance, mais qui à l'heure actuelle valorisent l'attachement et fournissent une description cohérente de leurs expériences passées (*earned security*; sécurité acquise). À ce sujet, chez les mères de Thomas et de Léa, des expériences précoces difficiles

lorsqu'elles étaient elles-mêmes enfant ont été rapportées de façon cohérente et nuancée. Il demeure tout de même possible d'envisager que la sécurité d'attachement n'était pas encore complètement acquise chez ces mères lorsque Thomas et Léa étaient plus jeunes, ceci pouvant expliquer en partie le développement d'une insécurité chez leur enfant. Toutefois, l'attachement de la mère ne peut expliquer à lui seul le niveau de sécurité d'attachement de l'enfant. Il demeure en effet essentiel de connaître l'influence des autres facteurs (p. ex., représentations d'attachement du père, stressseurs extérieurs pendant la petite enfance influençant la disponibilité de la FA). Il s'avèrera donc pertinent de poursuivre des études explorant les autres facteurs ayant une influence dans la transmission intergénérationnelle des représentations d'attachement chez les enfants ayant un trouble anxieux.

### **3. Associations entre les représentations d'attachement mère-enfant et les troubles anxieux chez l'enfant**

#### **3.1. Insécurité d'attachement et trouble d'anxiété de séparation**

De façon générale, peu de liens spécifiques entre les différents types représentations d'attachement mère-enfant et les différents troubles anxieux ressortent dans la présente étude. Une analyse à la fois catégorielle et dimensionnelle de l'attachement n'aura donc pas permis d'appuyer l'hypothèse de Manassis (2001) voulant que des catégories d'attachement particulières soient liées à certaines symptomatologies anxieuses spécifiques. L'unique lien identifié concerne la présence d'insécurité d'attachement chez tous les enfants ayant un diagnostic de trouble d'anxiété de

séparation. En effet, les enfants de l'échantillon ayant un trouble d'anxiété de séparation présentent tous un attachement insécurisant, soit de type préoccupé (Aurélié) ou détaché (Thomas, Léa). Il n'est toutefois pas surprenant d'observer un lien particulier entre l'insécurité d'attachement et un trouble anxieux d'ordre relationnel. En ce sens, Brumariu et Kerns (2008) ont justement démontré la présence d'une association élevée unissant l'insécurité d'attachement et les troubles anxieux relationnels, dont l'anxiété de séparation.

Le trouble d'anxiété de séparation est caractérisé par une peur excessive et persistante d'être séparé des donneurs de soins et s'avère être une source de détresse qui entrave le fonctionnement quotidien de l'enfant et de sa famille (APA, 2013). Rappelons que l'anxiété de séparation est un phénomène développemental universel et normal chez l'enfant, apparaissant typiquement lors des premiers stades de développement (entre 9 et 14 mois) et diminuant graduellement vers deux ans (Bowlby 1973; Spitz, 1965). Il s'agit d'une étape-clé du développement indiquant que le jeune enfant commence à concevoir les autres personnes comme des objets permanents, existant en dehors de lui et auxquels il est attaché (Winnicott, 1985). Par ailleurs, l'anxiété de séparation s'avère étroitement liée à la théorie de l'attachement, les stratégies favorisant la proximité avec la figure d'attachement ayant initialement permis la survie et se situant au cœur du développement des habiletés de régulation émotionnelle. En ce sens, il est reconnu que les enfants dont l'attachement est sécurisant supportent et gèrent mieux la séparation (Jacobson & Wille, 1984). En effet, la certitude d'un lien fiable et de la disponibilité de

la figure d'attachement permet progressivement à l'enfant de maîtriser la séparation et l'anxiété inhérente. Winnicott (1985) souligne justement que pour apprendre à vivre avec « l'objet absent », il est nécessaire d'avoir développé la capacité à se représenter « l'objet présent » en soi-même. Les expériences sécurisantes facilitent ce processus. Concernant l'attachement insécurisant chez l'enfant, Bowlby (1973) a plus particulièrement postulé que l'anxiété de séparation est principalement associée à l'attachement insécurisant-préoccupé. En effet, les enfants préoccupés perçoivent leur environnement comme davantage imprévisible ou incontrôlable, diminuant leur autonomie ou sentiment d'efficacité personnelle. Toutefois, d'autres études ont par la suite également démontré la présence d'un attachement insécurisant-détaché chez les enfants aux prises avec de l'anxiété de séparation (Dallaire & Weinraub, 2005). En plus des difficultés à tolérer les affects négatifs, il a été démontré que les enfants ayant un attachement évitant présentent généralement de moins bonnes compétences avec leurs pairs (Brumariu & Kerns, 2013), pouvant ainsi également expliquer en partie les difficultés à se séparer. La présente étude permet donc d'offrir un appui empirique supplémentaire indiquant que les enfants ayant un attachement détaché peuvent eux aussi être à risque de développer un trouble d'anxiété de séparation. Enfin, il s'avère important de ne pas considérer le trouble d'anxiété de séparation comme une problématique exclusivement propre à l'enfant. De nombreuses études attestent de la présence fréquente d'anxiété ou de difficultés autour de la séparation également chez le parent (Cooper, Fearn, Wilettes, Seabrook, & Parkinson, 2006; Creswell & Cartwright-Hatton, 2007), rappelant la tendance à l'hyperactivation et aux comportements de

surprotection associés ayant été identifiée chez les mères du présent échantillon. Une perspective dyadique éclairée par la théorie de l'attachement s'avère donc particulièrement indiquée pour comprendre les difficultés de séparation et l'anxiété vécue (Dallaire & Weinraub, 2005).

Ainsi, à l'exception de la présence d'insécurité d'attachement chez tous les enfants ayant un trouble d'anxiété de séparation, peu de liens spécifiques entre l'attachement et l'anxiété ont été identifiés dans la présente étude, rejoignant ainsi le constat de Kerns et Brumiaru (2014). Dans la prochaine section, une hypothèse alternative sera proposée concernant la nature du lien unissant les représentations d'attachement et les troubles anxieux chez l'enfant.

### **3.2. La nature des anticipations variant en fonction des types de représentations d'attachement insécurisant**

En s'attardant aux différentes manifestations de troubles anxieux (au-delà des catégories diagnostiques liés à une perspective médicale), il a été possible d'identifier que la nature des anticipations anxieuses entretenues par les enfants semble être fondamentalement influencée par le style d'attachement lorsque celui-ci est insécurisant (détaché ou préoccupé). Rappelons que les anticipations sont une composante majeure des troubles anxieux, comme l'indique la définition des troubles anxieux du DSM-IV-TR (APA, 2003) : « Anticipations ou peurs intenses, associées à une détresse émotionnelle et/ou à des comportements d'évitement » (p.493). Le Tableau 27 résume la



nature des anticipations anxieuses identifiées chez les enfants du présent échantillon en fonction des catégories d'attachement insécurisant (détaché ou préoccupé) et des stratégies associées (idéalisation, détachement/dénigrement, colère préoccupée).

Tableau 27

*Nature des anticipations variant en fonction des types d'attachement insécurisant*

---

**Insécurisant-détaché**

- **Idéalisation** : Anticipations principalement liées à des situations où les faiblesses sont exposées ou à des situations de performance.
- **Détachement/dénigrement** : Anticipations principalement liées à des situations de vulnérabilité, où l'enfant aurait à exprimer ses besoins ou demandes d'aide.

**Insécurisant-préoccupé**

- **Colère préoccupée** : Anticipations liées à des situations d'abandon, à la peur de ne plus être aimé ou à des manquements importants de la part du parent.
- 

Ainsi, un même trouble anxieux peut être composé de différents types d'anticipations, variant selon le style d'attachement insécurisant (détaché ou préoccupé) et les stratégies d'attachement mobilisées (idéalisation, détachement, colère préoccupée). Par exemple, toujours dans le cas du trouble d'anxiété de séparation, les anticipations anxieuses sous-jacentes aux comportements d'évitement (p. ex., refus d'aller à l'école) varient. Tout d'abord, Thomas (attachement détaché, ayant recours à l'idéalisation) refuse d'aller à l'école car il anticipe les situations qui pourraient exposer ses faiblesses ou lui faire vivre des échecs (p. ex., s'exprimer devant la classe, échouer des tests). Pour sa part, Léa (attachement détaché, ayant recours à la minimisation) ne veut pas aller à

l'école car elle anticipe des situations où elle pourrait avoir à exprimer ses besoins fondamentaux (p. ex., aller aux toilettes, manger, boire) ou encore être vulnérable (p. ex., avoir à demander de l'aide). Inversement, chez Aurélie (attachement préoccupé, ayant recours à la colère préoccupée), ne pas vouloir aller à l'école est davantage orienté vers la figure d'attachement (p. ex., peur qu'il arrive quelque chose aux parents, peur de ne plus être aimée). Un tel exemple pourrait également être appliqué aux autres troubles anxieux. Chez Kevin (attachement détaché, ayant recours à la minimisation et au dénigrement), les anticipations au cœur de l'anxiété généralisée et de la phobie spécifique semblent également composées d'enjeux liés aux situations de vulnérabilité où il pourrait avoir besoin des autres (p. ex., peur de la maladie, des piqures). À la lumière de ces résultats, les contradictions empiriques et théoriques observées au sein des écrits scientifiques en ce qui concerne le lien entre des catégories d'attachement spécifiques et des troubles anxieux spécifiques viennent du fait qu'il faut voir au-delà des diagnostics de troubles anxieux (perspective plus médicale) et s'attarder au profil d'anticipations uniques de chaque individu, ce qui sera davantage éclairant afin de comprendre l'influence des différents styles d'attachement sur l'anxiété vécue par l'enfant.

Au plan théorique, le fait que la nature des anticipations chez un individu varie en fonction des différents types d'attachement insécurisant rejoint les propositions de plusieurs auteurs du domaine de l'attachement. De façon générale, il est reconnu que les principales peurs entretenues chez les individus détachés concernent la perte de contrôle

(Wallin, 2007), où leur vulnérabilité serait exposée. La perte de contrôle représenterait une menace à leur indépendance et leur autonomie, résultant de leurs stratégies de désactivation du lien d'attachement. Chez les enfants préoccupés, c'est plutôt la peur de l'abandon qui serait au cœur de leur fonctionnement (Wallin, 2007), étant également intimement liée à leur dépendance et à leur manque de confiance en leurs propres capacités résultant des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement. Ensuite, à un autre niveau, soulignons que les difficultés de mentalisation évoquées précédemment et étant intimement liées à l'insécurité peuvent également influencer la capacité de l'enfant à prendre une distance avec ses anticipations négatives. Face à ses anticipations négatives sources de stress, l'enfant insécure qui fonctionne dans un mode pré-mentalissant semble présenter une plus grande difficulté à distinguer ses craintes de la réalité (mode d'*équivalence psychique*) et conséquemment, les abordera de façon rigide comme des menaces potentielles réelles. En effet, l'enfant anxieux semble difficilement reconnaître que son anticipation négative est plutôt le fruit d'un état mental et ne parvient pas à la remettre en question afin d'examiner d'autres possibilités. Un tel mode de fonctionnement inflexible face aux anticipations négatives aura donc comme conséquence de favoriser un niveau de stress chronique et aigu chez l'enfant, tant au niveau affectif que physiologique.

### **3.3. La somatisation : lorsque l'inquiétude est vécue comme une réalité par le corps**

Enfin, la grande majorité des enfants ayant un trouble anxieux de notre échantillon présentent des symptômes somatiques (5 sur 6). La somatisation est définie

comme étant des symptômes physiques auxquels aucune condition médicale ne peut être associée (DSM-5; APA, 2013). Selon le *Psychodynamic Diagnostic Manuel* (PDM; PDM Task Force, 2006), la somatisation inclut également la présence de pensées et d'états affectifs négatifs qui engendrent une détresse au niveau physiologique. À ce jour, plusieurs études ont démontré la présence d'une association positive entre la somatisation et l'anxiété chez l'enfant (Campo et al., 2004; Jellesma, Rieffe, Meerum Terwogt, & Frank Kneepkens, 2006; Meesters, Muris, Ghys, Reumerman, & Rooijmans, 2003; Paquin, 2014). À la lumière des résultats de la présente étude, certaines hypothèses explicatives peuvent être proposées quant à l'importante occurrence de somatisation chez les enfants ayant un trouble anxieux. Premièrement, les déficits de l'ouverture émotionnelle observés chez les enfants de notre échantillon pourraient être impliqués dans l'expérience de somatisation. En ce sens, les écrits scientifiques démontrent que les difficultés liées à la conscience des affects et, plus globalement, à la mentalisation sont des facteurs importants impliqués dans l'expérience de somatisation (Rieffe, Meerum Terwogt, & Bosch, 2004; Subic-Wrana, 2011). Siegel (1999) souligne que les émotions sont tout d'abord une expérience physiologique. Pendant les premières années de vie, les émotions prennent d'abord la forme de sensations et d'états corporels que l'enfant exprime à son parent au plan comportemental, via ses signaux de détresse (Fonagy et al., 2002; Schore, 2003). Au fil du développement, les enfants doivent apprendre à traiter mentalement les représentations primaires, c'est-à-dire les sensations physiologiques, afin de les transformer en représentations secondaires et de les interpréter en lien avec l'émotion vécue. Si la mentalisation n'est pas bien développée

chez l'enfant, il parviendra plus difficilement à comprendre que ses manifestations physiques peuvent être représentées psychiquement et aura davantage tendance à les associer à un malaise physique et non pas à une émotion (Fonagy et al., 2002). Par ailleurs, comme discuté précédemment, la tendance observée chez les enfants anxieux à confondre leurs anticipations négatives avec la réalité influencerait le niveau de symptômes somatiques. En effet, un tel fonctionnement peut entraîner leur corps à entrer en mode d'urgence et à réagir comme s'ils étaient face à des menaces réelles. Conséquemment aux menaces anticipées et vécues comme réelles, une cascade de réactions physiologiques telles que l'activation de l'amygdale, des décharges d'adrénaline, la sécrétion de cortisol et l'activation de l'axe HPA surviendra (Hart, 2010). Il est donc important de souligner que les enfants anxieux qui somatisent semblent faire l'expérience d'une réelle activation aiguë au niveau physiologique, bien que la menace anticipée n'existe pas nécessairement concrètement. Un tel constat souligne l'importance d'aider les enfants insécures ayant un trouble anxieux à reconnaître leurs émotions et à développer leurs habiletés de mentalisation, qui favorisera leur capacité à lier leurs expériences physiologiques à des émotions et diminuera l'occurrence de symptômes somatiques résultant d'un état d'urgence. Soulignons toutefois qu'amener les jeunes anxieux à mieux mentaliser peut s'avérer un défi étant donné que leurs mères tendent à adopter des stratégies d'hyperactivation où les affects peuvent être parfois envahissants et mal régulés.

Finalement, la moitié des enfants de l'échantillon (Aurélié, Virginie, Charlotte)

présente une phobie spécifique de vomir, aussi appelée émétophobie. La peur de vomir est reconnue comme étant particulièrement fréquente auprès des enfants et des adolescents composant avec une problématique psychiatrique (Benoit, 2015), et ce, principalement chez les jeunes de sexe féminin (Becker, 2007). Selon l'approche psychodynamique, la peur du vomissement se différencie des autres types de phobies, puisque l'objet de peur provient du corps et que l'individu ne peut s'en éloigner ou l'éviter. Par ailleurs, la peur du vomissement témoignerait d'enjeux de séparation et d'abandon chez l'enfant (Benoit, 2015). Ces angoisses se manifesteraient sous la forme d'une peur de se séparer d'une partie émanant de son corps par le vomissement. Les enfants auraient ainsi à la fois peur de vomir et également peur d'être séparés de leurs proches. Dans le cas des enfants de notre échantillon, une telle dynamique semble particulièrement s'appliquer au cas d'Aurélié, dyade chez qui tant la mère (E2) que l'enfant présentent des représentations d'attachement insécurisant-préoccupé associées à des craintes liées à l'abandon. Dans le cas de Virginie et de Charlotte, soulignons que l'attachement insécurisant préoccupé se situe seulement chez leur mère. Ainsi, même si l'enfant présente un attachement sécurisant, il est possible de croire que le caractère imprévisible et intense de la préoccupation liée aux événements traumatiques (E3) chez ces deux mères soit source de craintes quant à la disponibilité de la mère, pouvant tout de même provoquer certaines angoisses liées à la séparation ou à la non-disponibilité de la figure d'attachement. Enfin, au niveau neurobiologique, le vomissement est reconnu comme une réaction d'urgence ou de survie, déclenchée lorsque le corps est dépassé par son environnement (Enders, 2015). Ainsi, face à des émotions fortes, telles des peurs ou

des stress importants, une hormone nommée corticolibérine (CRH; *Corticotropin-releasing hormone*) est sécrétée et provoquera les réactions de secours, tel le vomissement. Sur le plan de l'évolution, vider son estomac permet d'économiser de l'énergie, que le cerveau va utiliser pour faire face aux problèmes rencontrés. Ainsi, si les enfants anxieux sont activés au plan physiologique de façon chronique ou aiguë suite à des anticipations négatives abordées comme réelles, il n'est pas surprenant que la réaction du vomissement fasse partie de leurs symptômes.

### **Forces, limites et pistes de recherche futures**

Concernant les principales forces de la présente étude exploratoire, il est essentiel de souligner l'usage d'entrevues d'attachement permettant de mesurer l'attachement à un niveau représentationnel et d'établir des parallèles entre les dimensions d'attachement tant chez la mère que l'enfant (AAI et CAI). Ayant été conçues pour « surprendre l'inconscient » (Main et al., 1985), les entrevues d'attachement sont reconnues pour activer le système d'attachement et offrir un accès privilégié aux stratégies d'attachement internalisées. À ce sujet, Crowell, Fraley et Shaver (2008) soutiennent que les questionnaires mesurant l'attachement sont moins fiables et appuient la pertinence d'utiliser des entrevues d'attachement, bien que ce soit des instruments considérés plus coûteux en temps et en ressources. Par ailleurs, un accord inter-juges a été effectué pour les entrevues de la mère (AAI), augmentant la solidité de la présente étude. L'accord inter-juges au CAI n'a toutefois pas pu être effectué, étant donné la rareté des chercheurs certifiés au Québec.

Par ailleurs, la présente étude comporte également certaines limites nécessaires à soulever. Tout d'abord, la taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population des enfants ayant un trouble anxieux et leur mère. Dans la perspective d'une recherche exploratoire, il constitue néanmoins un échantillon valable, se situant au-delà de la limite recommandée de 5 participants (Creswell, 2012). Des études ultérieures incluant un plus grand nombre de dyades de mères et d'enfants ayant un trouble anxieux diagnostiqué sont recommandées. Ensuite, une grande variabilité de l'âge des participants est observable, avec une étendue de 8 à 15 ans. Étant donné le petit nombre de participants, l'analyse des résultats n'a pas permis d'identifier des distinctions spécifiques liées à la nature des représentations d'attachement ou des symptômes anxieux propres à chaque période développementale (période scolaire versus adolescence). Toutefois, rappelons que le CAI a été utilisé et validé auprès de jeunes entre 7 et 16 ans (Venta et al., 2014), permettant une comparaison des profils d'attachement du présent échantillon. Il est également important de souligner la présence de plusieurs participants âgés de huit ans (4 enfants sur 6), probablement liée au fait que la sélection des participants ait été effectuée à partir des six premiers cas référés. La mobilisation rapide du pédopsychiatre impliqué auprès des enfants de moins de 12 ans explique ainsi en partie la proportion élevée d'enfants plus jeunes dans les premiers cas recrutés, ayant ainsi introduit un biais de sélection lié à l'âge des enfants. Dans le cadre d'études ultérieures, il est recommandé de sélectionner les participants de façon aléatoire ou encore de façon équivalente selon les différents sous-groupes d'âge. Enfin, des écarts



sont observables à quelques reprises entre les diagnostics de troubles anxieux émis par l'équipe médicale et le K-SADS-PL (Charlotte, Kevin). Rappelons que le processus d'évaluation de l'équipe médicale, identifiant un diagnostic principal selon le tableau clinique général et à partir d'observations de l'enfant, diffère de l'approche du K-SADS-PL, une entrevue diagnostique semi-structurée réalisée par l'équipe de recherche exclusivement auprès des parents. Les différences liées aux troubles anxieux identifiés introduisent donc une impression d'une plus grande comorbidité, alors qu'en réalité il s'agit d'écarts méthodologiques liés aux méthodes d'évaluation retenues. Le fait que nous ayons employé des mesures variées afin d'évaluer l'anxiété (K-SADS-PL, diagnostic médical, BASC-2, R-CMAS) aura tout de même permis une triangulation des informations recueillies, contribuant ainsi à la validité de l'étude (Yin, 1994).

Enfin, concernant les pistes de recherches futures, il sera particulièrement intéressant d'évaluer comment l'attachement du père, en plus de l'attachement de la mère, peut affecter le développement de symptômes anxieux. En effet, seul l'attachement de la mère a été examiné dans la présente étude, étant donné le rôle de donneur de soins principal reconnu dans les cultures occidentales. Bien qu'on conçoive que les relations avec la mère et le père aient des effets différents sur le développement de l'enfant (Mendonça, Cossette, Lapointe, & Strayer, 2008), peu d'études empiriques ont examiné à ce jour le rôle du père dans le développement des symptômes intériorisés tels que l'anxiété (Brumariu & Kerns, 2010). Par ailleurs, des études visant à préciser la compréhension des mécanismes médiateurs entre les représentations d'attachement et les

troubles anxieux (p. ex., régulation émotionnelle, mentalisation) sont recommandées. De plus, les études futures devraient examiner le rôle des autres facteurs potentiellement impliqués dans le lien entre l'attachement et l'émergence d'anxiété chez les enfants d'âge scolaire (p. ex., historique de santé mentale des parents, ajustement conjugal, niveau de stress familial), afin de mieux comprendre le mécanisme par lequel les représentations d'attachement affectent la santé mentale et le développement de troubles anxieux pendant la période scolaire. Plus particulièrement, il pourrait être pertinent d'examiner la contribution des manifestations anxieuses et des troubles anxieux chez les mères sur l'émergence de troubles anxieux chez l'enfant. Par ailleurs, soulignons que les associations entre l'attachement et l'anxiété chez l'enfant deviennent particulièrement éclairantes lorsque sont pris en considération les anticipations anxieuses (enjeux identitaires/narcissiques chez les enfants détachés et des préoccupations relationnelles chez les enfants préoccupés). La présence de tels patrons lorsque l'analyse dépasse les catégories diagnostiques représente ainsi une piste d'exploration à poursuivre dans le cadre de futures études. Enfin, des études longitudinales évaluant les possibles relations bidirectionnelles entre l'attachement et l'anxiété sont également recommandées.

### **Pistes cliniques auprès des enfants ayant un trouble anxieux et de leur mère**

À la lumière des principales tendances observées discutées précédemment, voici un résumé des principaux éléments liés à l'attachement à considérer dans les interventions offertes auprès des enfants ayant un trouble anxieux et leur mère :

- 1) Si l'enfant présente un diagnostic de trouble d'anxiété de séparation, considérer la probabilité d'un attachement insécurisant;
- 2) Afin d'identifier le style d'attachement insécurisant chez l'enfant anxieux, porter une attention particulière à la nature des anticipations anxieuses de chaque enfant, qui semble étroitement liée aux stratégies défensives d'attachement (p. ex., colère préoccupée, idéalisation, détachement/dénigrement);
- 3) Soutenir l'ouverture émotionnelle et les capacités de mentalisation chez l'enfant anxieux (fonctionnant possiblement en mode d'*équivalence psychique*) pour permettre une diminution de l'anxiété et de la somatisation;
- 4) Considérer que la mère de l'enfant anxieux a fort probablement recours à des stratégies d'hyperactivation (de modérées à élevées);
- 5) Agir sur les stressseurs cumulatifs présents dans l'environnement de la famille (p. ex. conflits, adaptations, deuil), qui augmentent le risque de développer des symptômes anxieux tant chez les enfants insécures que sécures.

Au niveau du traitement des enfants ayant un trouble anxieux, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est largement reconnue et considérée depuis longtemps comme particulièrement efficace (Rapee et al, 2009). Les impacts bénéfiques de l'inclusion des parents dans la thérapie auprès des enfants anxieux ont également été démontrés à plusieurs reprises (Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008; Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu, & Sigman, 2006). Au cours de la dernière décennie, un nombre grandissant de cliniciens et de chercheurs a également proposé que la

thérapie familiale est particulièrement indiquée pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants (Ginsburg & Schlossberg, 2002; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008). La présente étude permet d'offrir un appui en ce sens, en ayant identifié la présence d'enjeux liés à l'insécurité d'attachement chez toutes les dyades (6 sur 6; insécurité présente soit chez l'enfant anxieux, chez sa mère ou encore chez les deux). En effet, la thérapie familiale peut permettre de soutenir des changements relationnels significatifs et durables concernant la sécurité d'attachement, ayant été identifiée comme ayant une influence fondamentale sur la nature de l'anxiété et sur l'évolution de la psychopathologie. À ce sujet, Bodden et al. (2008) soulignent que lorsque le fonctionnement familial est faible, la thérapie familiale sera plus efficace pour traiter le trouble anxieux de l'enfant que la thérapie individuelle. De plus, Bodden et ses collaborateurs soulignent que plus l'enfant anxieux est jeune, plus la thérapie familiale devrait être priorisée. Velting, Setzer et Albano (2004) soutiennent toutefois que la préférence de la famille doit être considérée, puisque les familles préférant la modalité familiale pourront en retirer le plus de bénéfices. Ainsi, lorsque l'enfant anxieux présente une insécurité d'attachement, la modalité thérapeutique familiale ou dyadique serait particulièrement recommandée. Ces modalités permettent de renforcer, au sein de la relation, la sécurité d'attachement et le développement des capacités de mentalisation, celles-ci ayant été identifiées comme jouant un rôle fondamental dans l'émergence de l'anxiété. Or, lorsque l'enfant présente une sécurité d'attachement, l'intervention individuelle pourrait être bénéfique, l'enfant sécurisé étant davantage à même d'utiliser et d'intégrer l'aide offerte. Il demeure tout de même essentiel d'offrir en parallèle un

soutien parental (p. ex., guidance parentale liée à l'anxiété chez l'enfant, appui à la régulation des émotions mère-enfant et, si nécessaire, appui psychothérapeutique à la mère).

De façon générale, l'identification du type de représentations d'attachement chez l'enfant ayant un trouble anxieux peut également permettre d'orienter les interventions de façon efficace et plus adaptée. En effet, le traitement d'un même trouble anxieux devra être abordé différemment, particulièrement en fonction du type d'attachement insécurisant (détaché ou préoccupé). Soulignons la pertinence de développer des indices brefs permettant aux équipes cliniques d'évaluer globalement le style d'attachement chez l'enfant. Les formations d'évaluation dans le domaine de l'attachement chez l'enfant d'âge scolaire s'avèrent coûteuses, ne sont pas offertes au Québec et incluent un processus de certification particulièrement long, le tout limitant grandement les possibilités pour les cliniciens (p. ex., dans le réseau public) de se former à l'évaluation des représentations d'attachement chez l'enfant d'âge scolaire à partir d'entrevues. Les résultats de la présente thèse proposent, dans le Tableau 28, des indices cliniques généraux permettant d'identifier de façon globale le style d'attachement chez un enfant d'âge scolaire ayant un trouble anxieux.

Tableau 28

*Indices liés à l'évaluation de l'attachement chez l'enfant ayant un trouble anxieux*

<b>Indice clinique #1 : Sécurité ou insécurité d'attachement ?</b>
<p><b>Est-ce que l'enfant parvient généralement à évoquer facilement et de façon appropriée des affects en lien avec les expériences vécues?</b></p> <p><b>Est-ce que l'enfant peut généralement aborder de façon cohérente, complète et balancée (perceptions positives en équilibre avec celles négatives) ses relations avec les figures d'attachement et ses expériences?</b></p> <p><i>Si oui, indice de sécurité; si non, indice d'insécurité.</i></p>
<b>Indice clinique #2 : Insécurisant détaché ou préoccupé ?</b>
<p><b>1) Quelles sont les principales anticipations de l'enfant anxieux? De quoi a-t-il peur?</b></p> <p><i>Insécurisant-détaché</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Idéalisation*</i> : Anticipations principalement liées à des situations où ses faiblesses sont exposées ou à des situations de performance (académiques ou sociales).</li> <li>• <i>Détachement/dénigrement*</i> : Anticipations principalement liées à des situations de vulnérabilité, où l'enfant aurait à exprimer ses besoins ou des demandes d'aide.</li> </ul> <p><i>Insécurisant-préoccupé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Colère préoccupée*</i> : Anticipations principalement liées à des situations d'abandon, à la peur de perdre l'amour et à des manquements importants de la part des autres.</li> </ul> <p><b>2) Quels sont les principaux comportements de régulation de l'anxiété chez l'enfant?</b></p> <p><i>Insécurisant-détaché</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Surindépendance</i> : Cherche activement par lui-même les solutions aux menaces anticipées.</li> <li>• <i>Activation cognitive</i> : Surinvestissement de la sphère cognitive en réaction à l'anxiété (p. ex., communique une impression que « sa tête va exploser » ou un désir de « ne plus autant penser »).</li> </ul> <p><i>Insécurisant-préoccupé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dépendance</i> : Démonstre un important besoin des autres pour réguler sa détresse et compte sur les autres pour trouver des solutions aux menaces anticipées.</li> <li>• <i>Activation affective</i> : Surinvestissement de la sphère affective en réaction à l'anxiété (p. ex., expression des angoisses et des peurs qui envahit le discours).</li> </ul>

\*Échelles continues liées aux stratégies d'attachement (désactivation ou hyperactivation)

En fonction du type de représentations d'attachement identifié chez l'enfant anxieux (insécurisant-détaché, insécurisant-préoccupé ou sécurisant), voici un résumé des principaux axes d'intervention liés à l'attachement qui pourront être pertinents et utiles pour les cliniciens afin d'orienter leurs interventions. Ces pistes d'intervention peuvent être intégrées au plan de traitement élaboré par le clinicien (thérapie individuelle, dyadique ou familiale), selon les besoins identifiés.

**Auprès des enfants anxieux ayant un attachement insécurisant-détaché et leur mère**

- Soutenir la sécurité d'attachement au sein de la dyade ou de la famille, afin de diminuer les anticipations anxieuses (p. ex. craintes que ses faiblesses soient exposées ou d'être vulnérable) et afin d'augmenter graduellement la capacité de l'enfant à reconnaître et exprimer ses besoins;
- Soutenir l'ouverture émotionnelle et les capacités de mentalisation au sein de la dyade, afin de favoriser les capacités de l'enfant anxieux à tolérer les affects négatifs, de distinguer ses craintes de la réalité et de diminuer la somatisation;
- Diminuer les tendances modérées de la mère à recourir à des stratégies d'hyperactivation, pouvant être associées à des certains comportements de surprotection ou à des difficultés à réguler leurs affects;
- Agir sur les stressseurs cumulatifs présents dans l'environnement de la dyade.

### **Auprès des enfants anxieux ayant un attachement insécurisant-préoccupé et leur mère**

- Soutenir la sécurité d'attachement au sein de la dyade ou de la famille afin de diminuer les anticipations anxieuses (p. ex. craintes de perdre l'amour ou de manquement de la part d'autrui) et de favoriser graduellement le développement de l'autonomie et d'un sentiment de compétence chez l'enfant;
- Soutenir l'ouverture émotionnelle et les capacités de mentalisation de l'enfant afin d'améliorer sa capacité à autoréguler ses affects, de distinguer ses craintes de la réalité et de diminuer la somatisation;
- Diminuer les tendances élevées de la mère à recourir à des stratégies d'hyperactivation, pouvant être associées à des comportements de surprotection, d'intrusion ou des difficultés importantes à réguler leurs affects;
- Agir sur les stressseurs cumulatifs présents dans l'environnement de la dyade.

### **Auprès des enfants anxieux ayant un attachement sécurisant et leur mère**

- Vérifier la présence de non-résolution ou de préoccupation en lien avec des événements traumatiques chez la mère. Offrir du soutien thérapeutique si nécessaire;
- Diminuer les tendances de la mère à recourir à des stratégies d'hyperactivation, pouvant être associées à des comportements de surprotection;
- Agir sur les stressseurs cumulatifs présents dans l'environnement de la dyade.



Finalement, la présente thèse aura permis de souligner l'importance de favoriser également les interventions qui permettent un retour au calme physiologique auprès des enfants ayant un trouble anxieux et de leur mère. En effet, la présence d'insécurité d'attachement a été identifiée comme étant associée à certaines difficultés à retrouver un état d'apaisement physique (efficacité moindre de la réponse vagale et du système nerveux parasympathique) (Diamond & Hicks, 2005; Fonagy et al., 2002; Schore, 1994). Les interventions priorisant le retour au calme physiologique et permettant d'entraîner la réponse parasympathique sont donc recommandées (p. ex., techniques de respiration, de relaxation et de pleine conscience enseignées à l'enfant et au parent). Les modalités thérapeutiques sécurisantes (p. ex., psychothérapie par le jeu chez l'enfant, contexte relationnel de confiance) favoriseront également la réactivation de la capacité à mentaliser. Lorsqu'un sentiment de sécurité et d'apaisement physique sera retrouvé, le travail thérapeutique impliquant les fonctions mentales supérieures (mentalisation, pensée abstraite, remise en perspective des pensées, flexibilité psychique) pourra alors de nouveau être davantage accessible.

## **Conclusion**

La présente étude avait pour objectif principal de contribuer à préciser les connaissances concernant la nature des représentations d'attachement chez les enfants ayant un trouble anxieux et leur mère et leur contribution dans l'émergence de troubles anxieux pendant l'enfance. Pour ce faire, une approche par étude de cas multiples a été privilégiée, celle-ci permettant d'explorer de façon détaillée les différents profils de représentations d'attachement (*catégories* et *dimensions* d'attachement) chez l'enfant anxieux (à l'aide du CAI) et chez sa mère (à l'aide de l'AAI) ainsi que les différentes manifestations de troubles anxieux chez les enfants (diagnostic médical et dimensions liées à l'anxiété). Soulignons que l'évaluation des représentations d'attachement chez l'enfant d'âge scolaire à l'aide du CAI est une approche encore récente (Shmueli-Goetz et al., 2008), mais de plus en plus utilisée tant en recherche qu'en clinique. La présente thèse aura été la première à utiliser le CAI auprès d'une population d'enfants ayant un trouble anxieux diagnostiqué et à explorer la présence de correspondances intergénérationnelles en examinant parallèlement les profils d'attachement chez les enfants anxieux et leur mère.

Chez les enfants ayant un ou des troubles anxieux, une tendance aux représentations d'attachement insécurisant a été identifiée, et ce, principalement de type détaché plutôt que de type préoccupé tel que généralement attendu (Colonnesi et al., 2011). De plus, sur le plan des échelles continues d'attachement, il a été possible

d'observer que la majorité des enfants ayant un trouble anxieux présentait une faible ouverture émotionnelle, qui est impliquée dans les mécanismes de régulation émotionnelle et de mentalisation des affects (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002; Sroufe, 1996). En ce sens, il a été identifié que les enfants anxieux semblent fréquemment fonctionner en mode de pensée pré-mentalissant (p. ex. mode d'équivalence psychique), expliquant une tendance à confondre leurs anticipations avec la réalité. Enfin, il a été démontré que la sécurité d'attachement n'était pas suffisante à titre de facteur de protection (Zachrisson, 2012) et que les enfants ayant un attachement sécurisant pouvaient tout de même être dépassés face à un niveau de stressseurs extérieurs trop importants et développer des symptômes du registre de l'anxiété sévère.

Chez les mères des enfants composant avec un trouble anxieux, une tendance à recourir à des stratégies d'hyperactivation a été constatée (de modérées à élevées), leurs représentations d'attachement se situant toutes sur le continuum de la préoccupation. Le recours à des stratégies d'hyperactivation a été démontré comme étant associé à des comportements de surprotection ou d'intrusion (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; de Wilde & Rapee, 2008) ainsi qu'à des difficultés d'autorégulation chez la mère (Schoore, 2003), ceux-ci pouvant être liés à la propension à l'anxiété et à l'évitement chez l'enfant. Ensuite, il a été identifié que lorsque l'enfant anxieux présente un attachement sécurisant, il est possible que sa mère compose avec de la préoccupation en lien avec des événements traumatiques ou encore de la non-résolution. De tels enjeux liés à l'attachement chez la mère peuvent représenter des sources de stress supplémentaires au

sein de la relation dyadique (p. ex., comportements parentaux atypiques) et soulignent l'importance de porter une attention particulière aux mères afin de leur offrir un soutien approprié, si nécessaire. Enfin, très peu de correspondances intergénérationnelles ont été observées entre les profils de représentations d'attachement chez l'enfant d'âge scolaire (CAI) et le profil chez leur mère (AAI), et ce, tant concernant les catégories que les dimensions. En effet, il aura davantage été possible d'observer une complémentarité impliquant des stratégies d'hyperactivation chez la mère et de désactivation chez l'enfant, rejoignant la proposition de Shah et al. (2010).

Finalement, plusieurs études à ce jour ont identifié des associations entre l'attachement et l'anxiété chez l'enfant (Colonnesi et al., 2011), mais plusieurs questions concernant *comment* et *pourquoi* l'attachement influence l'émergence d'anxiété demeuraient à préciser, comme soulevé par Kerns et Burmariu (2014). La présente étude aura permis d'effectuer certains premiers pas en ce sens. Tout d'abord, peu de liens spécifiques ont été identifiés entre les différentes catégories d'attachement et les diagnostics d'anxiété, à l'exception de l'insécurité d'attachement qui semble présente chez les enfants composant avec un trouble d'anxiété de séparation. Ensuite, en examinant plus précisément les dimensions d'attachement et la nature des manifestations de l'anxiété, il ressort que les anticipations anxieuses vécues par les enfants semblent étroitement liées au type d'attachement lorsque celui-ci est insécurisant. En effet, la nature des anticipations anxieuses semble varier en fonction des stratégies d'attachement insécurisant mobilisées (idéalisation, minimisation, colère préoccupée). Enfin, une

importante tendance aux difficultés d'ordre psychosomatique a été observée chez les enfants ayant un trouble anxieux. Celles-ci semblent entre autres s'expliquer par les déficits de mentalisation qui entravent leur capacité à se représenter psychiquement leurs expériences physiologiques. De plus, une tendance à aborder leurs anticipations comme une menace réelle entraîne leur corps à entrer en mode d'urgence et provoque une série de réactions physiques, expliquant ainsi l'émergence de symptômes somatiques.

Au niveau clinique, les résultats de cette étude permettent une compréhension plus riche du phénomène, ayant mené à des suggestions d'axes d'intervention pouvant être privilégiés par les intervenants travaillant auprès d'enfants vivant des troubles anxieux et leur famille. Il s'avère essentiel de souligner en conclusion qu'à travers l'ensemble des rencontres effectuées auprès des dyades, les mères des enfants anxieux démontrent généralement une grande mobilisation face aux services offerts et expriment un désir significatif de soutenir le bien-être de leur enfant. Il s'avère donc particulièrement important que le thérapeute utilise ces forces, communique aux mères un sentiment de confiance en leurs capacités et serve de base de sécurité à la dyade. Les interventions sensibles aux enjeux d'attachement mère-enfant permettront de graduellement soutenir un fonctionnement plus flexible et le recours à des stratégies de régulation du stress plus efficaces et variées chez les enfants anxieux, favorisant ainsi une meilleure adaptation dans la poursuite de leur développement.

## Références

- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albano, A., Chorpita, B., & Barlow, D. (2003). Childhood anxiety disorders. Dans E. Mash, & R. Barkley (Éds), *Child psychopathology* (2<sup>e</sup> éd., pp. 279–329). New York, NY: Guilford Press.
- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 419–435). New York, NY: Guilford Press.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi, & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10 000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223–263.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1061-1068.



- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Becker, S. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 2, 69-74.
- Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk and early development : A moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 293-310.
- Bender, P. K., Sømhøvd, M., Pons, F., Reinholdt-Dunne, M. L., & Esbjørn, B. H. (2015). The impact of attachment security and emotion dysregulation on anxiety in children and adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 20(2), 189-204.
- Benoit, J. P. (2015). Quand la phobie s'empare du corps : à propos de l'émétophobie. *Enfances & Psy*, 1(65), 96-105.
- Biederman, J., Rosebaum, J. F., Chalot, J., & Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as a risk factor for anxiety disorders. Dans J. S. March (Éd.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, J. E., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1174-1183.
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appleboom, C., & Appleboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Borelli, J. L., David, D. H., Crowley, M. J., & Mayes, L. C. (2010). Links between disorganized attachment classification and clinical symptoms in school-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 243-256.

- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18(2), 517–550.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation, anxiety and danger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. Dans J. Osofsky (Éd.), *Handbook of infant development* (pp. 1061-1100). New York, NY: Wiley.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 102-127). New York, NY: The Guilford Press.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 393-402.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010a). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 663-674.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010b). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177-203.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2013). Pathways to anxiety: Contributions of attachment history, temperament, peer competence, and ability to manage intense emotions. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 504-515.
- Brumariu, L. E., Kerns, K. A., & Seibert, A. (2012). Mother–child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*, 19, 569-585.

- Brumariu, L. E., Osbuth, I., & Lyons-Ruth, K. (2013). Quality of attachment relationships and peer relationship dysfunction among late adolescents with and without anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 116-124.
- Campo, J. V., Bridge, J., Ehmann, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., ... Iyengar, S. (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Peridiatrics*, 113(4), 817-824.
- Carlson, E., & Sroufe, L. (1995). Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti, & D. Cohen (Éds), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and Methods* (pp. 581-61). New York, NY: Wiley.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. Dans J. Belsky & T. Nezworcki (Éds), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). *Developmental psychopathology: Theory and method* (Vol. 1). New York, NY: Wiley.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method* (Vol. 1, 2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Wiley.
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J., Van der Bruggen, C. G., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 630-645.
- Cooper, P. J., Fearn, V., Wilettes, L., Seabrook, H., & Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, 205-212.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 4-36.

- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Creswell, C., & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations, and future directions. *Clinical Child and Family Psychology, 10*, 232-252.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. Dans S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Éds), *John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical, and social significance* (pp. 367-406). New York, NY: Analytic Press.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 599-634). New York, NY: Guilford Press.
- Dadds, M. R., & Roth, J. H. (2001). Family processes in the development of anxiety problems. Dans M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety*. London, UK: Oxford University Press.
- Dallaire, D. H., & Weinraub, M. (2005). Predicting children separation anxiety at age 6: the contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attachment and Human Development, 7*, 393-408.
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 637-665). New York, NY: Guilford Press.
- de Wilde, A. & Rapee, R. (2008). Do controlling maternal behaviours increase state anxiety in children's responses to a social threat? A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 526-537.
- Diamond, L. M., & Hicks, A. M. (2005). Attachment style, current relationship security, and negative emotions: The mediating role of physiological regulation. *Journal of Social and Personal Relationships, 22*, 499-518.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 718-744). New York, NY: Guilford Press.

- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. (2004). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research and practice*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Enders, G. (2015). *Gut : The inside story of our body most underrated organ*. Berlin, DE: Ullstein.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... Gerber, A. (1996). The relationship of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307–335.
- Fraley, R. C., & Spieker, S. J. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of Strange Situation behavior. *Developmental Psychology*, 39, 387-404.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: the nuts and bolts*. New York, NY: The Guilford Press.
- Frith, U., & Frith, C.D. (2003). Development and neurophysiology of mentalising. *Philosophical Transactions of the Royal Society London*, 358, 685-694.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview protocol*. Document inédit, University of California, Berkeley.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview protocol*. Document inédit, University of California, Berkeley.
- Ginsburg G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 143–154.

- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development, 83*(2), 591-610.
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review Psychology, 58*, 145-173.
- Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal, 10*, 157-172.
- Hart, S. (2011). *The impact of attachment*. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- Hertsgaard, L., Gunnar, M. R., Erickson, N., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development, 66*(4), 1100-1106.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 552-598). New York, NY: The Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightening, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*, 309-343.
- Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C., & Broberg, A. G. (2010). Attachment states of mind in adolescents with obsessive-compulsive disorder and/or depressive disorders: a controlled study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 845-853.
- Jacobson, J. L., & Wille, D. E. (1984). Influence of attachment and separation experience on separation distress at 18 months. *Developmental Psychology, 20*, 477-484.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Frank Kneepkens, C. M. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science and Medicine, 63*, 2640-2648.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*(3), 426-444.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children -

present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

- Kendall, P. C., Hedtke, K. A., & Aschenbrand, S. G. (2006). Anxiety disorders. Dans D. A. Wolfe, & E. J. Mash (Éds), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 259- 299). New York, NY: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297.
- Kerns, K. A. (2008). Attachment in middle childhood. Dans J. Cassidy, & P. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 366-382). New York, NY: Guilford Press.
- Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent–child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Development Perspectives*, 8(1), 12-17.
- Kerns, K. A., Tomich, P., Aspelmeier, J., & Contreras, J. (2000). Attachment-based assessments of parent–child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, 36, 614–626.
- Kerns, K. A., Tomich, P., & Kim, P. (2006). Normative trends in children’s perceptions of availability and utilization of attachment figures in middle childhood. *Social Development*, 15, 1-22.
- Kertz, S. J., Smith, C. L., Chapman, L. K., & Woodruff-Borden, J. (2008). Maternal sensitivity and anxiety: Impacts on child outcome. *Child and Family Behavior Therapy*, 30, 153-171.
- Kertz, S. J., & Woodruff-Borden, J. (2011). The developmental psychopathology of worry. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 174-197.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikanga, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kobak, R. R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Zir, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. Dans D. Cicchetti, & D. J.

- Cohen (Éds), *Handbook of Developmental Psychopathology*(Vol. 1, pp. 333-369). Cambridge, UK: University Press.
- Kobak, R. R., Ferenz-Gillies, R., Everhart, E., & Seabrook, L. (1994). Maternal attachment strategies and emotion regulation with adolescent offspring. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 553-566.
- Liaw, F., & Brooks-Gunn, J. (1994). Cumulative familial risks and children cognitive and behavioral development. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 360-372.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). New York, NY: The Guilford Press.
- MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J., & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological Methods*, 7, 19-40.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental psychology*, 49(4), 672- 689.
- Main, M. (1995). Discourse, prediction and recent studies in attachment: Implications for psychoanalysis. Dans T. Shapiro, & R. M. Emde (Éds), *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome* (pp. 209-244). Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 237–243.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1985). *The Adult Attachment Interview Classification and Scoring System*. Document inédit, University of California at Berkeley.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2002). *The Adult Attachment Interview Classification and Scoring System (revised version)*. Document inédit, University of California at Berkeley.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. Dans H. Steele, & M. Steele (Éds), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 31-68). New York, NY, US: Guilford Press.



- Main, M., Kaplan, K., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Dans I. Bretherton, & E. Waters (Éds), *Growing points of attachment theory and research: Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. Dans W. K. Silverman, & P. D. Treffers (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment, and intervention* (pp. 255-272). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Marvin, R. S., & Britner, P. A. (2008). Normative development: The ontogeny of attachment. Dans J. Cassidy & P. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 269-294). New York, NY: Guilford Press.
- Mayseless, O. (2005). Ontogeny of attachment in middle childhood - Conceptualization of normative changes. Dans K. A. Kerns, & R. A. Richardson (Éds), *Attachment in middle childhood* (pp. 1-23). New York, NY: The Guilford Press.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.
- Meesters, C., Muris, P., Ghys, A., Reumersman, T., & Rooijmans, M., (2003). The Children's Somatization Inventory: further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(6), 413-422.
- Mendonça, J. S., Cossette, L., Lapointe, M. N., & Strayer, F. F. (2008). Vers une analyse systémique des liens d'attachement. *Bulletin de psychologie*, 61, 257-266.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult Attachment and Affect Regulation. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 503-531). New York, NY: Guilford Press.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77–102.
- Morris, T., & March, J. (2004). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Considerations from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 5–11.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 43–52.
- Muris, P., Merckelbach, H., Meesters, C. & Van den Brand, K. (2002). Cognitive development and worry in normal children. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 775–785.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5, 55.
- Ollendick, T. H., Shortt, A. L., & Sander, J. B. (2005). Internalizing disorders of childhood and adolescence. Dans J. E. Maddux, & B. A. Winstead (Éds), *Psychopathology. Foundations for a contemporary understanding* (pp. 353-376). New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.
- Paquin, E. (2014). *Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques*. Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/177?show=full>
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2005). Links between risk and attachment security: Models of influence. *Applied Developmental Psychology*, 26, 440-455.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. Dans M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York, NY: Oxford University.

- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M., & Lecrubier, Y. (2004). Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale*, 30, 122-134.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children: second edition (BASC-II)*. Circle Pines, MN: AGS Publishing.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Bosch, J. D. (2004). Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(1), 31-47.
- Scharfe, E. (2002). Reliability and validity of an interview assessment of attachment representations in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 17, 532-551.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: W. W. Norton.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 26, 9-20.
- Shah, P. E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 329-345.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. Dans J. G. Allen, & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 101-121). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Datta, A., & Fonagy, P. (2004). *Child Attachment Interview (CAI) coding and scoring manual (5<sup>th</sup> version)*. Document inédit, University College London, UK.

- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 44*, 939-956.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 105-130.
- Silverman, W. K., & Treifers, P. D. A. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Spangler, G., & Grossman, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development, 64*, 1439-1450.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. New York, NY: International Universities Press.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2003). Attachment categories as reflections of multiple dimensions: comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology, 39*, 413-416.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development, 7*, 349-367.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development, 61*, 1363-1373.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*. New York, NY: Guilford Press.
- Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. Dans I. Nyklicek, A. Vingerhoets, & M. Zeelenberg. (Éds), *Emotion Regulation and Well-being* (pp. 245-260). New York, NY: Springer Science & Business Media.

- Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 171-186.
- Target, M., Fonagy, F., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1999). *The Child Attachment Interview (CAI) Protocol*. Document inédit, University College London.
- Thomas, L. A., & De Bellis, M. D. (2004). Pituitary volumes in pediatric maltreatment: Related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 55, 752-758.
- Turgeon, L., & Chartrand, E. (2003). Reliability and validity of the Revised children's manifest anxiety scale in a french-Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15, 378-383.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. Dans W. M. Vasey, & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press.
- Velting, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42-54.
- Venta, A., Shmueli-Goetz, Y., & Sharp, C. (2014). Assessing attachment in adolescence: A psychometric study of the Child Attachment Interview. *Psychological Assessment*, 26, 238-255.
- Vergheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London, UK: Karnac.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.

- Warren, S. L., & Sroufe, L. A. (2004). Developmental issues. Dans T. H. Ollendick, & J. S. March (Éds), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A Clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 92-115). New York, NY: Oxford University Press.
- Wartner, U., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in South Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development*, 65, 1014-1027.
- West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, 4, 278-293.
- Whiteside, S. P., & Ollendick, T. H. (2009). Developmental perspectives on anxiety classification. Dans D. McKay, J. S. Abramowitz, S. Taylor, & G. J. Asmundson (Éds), *Current perspectives on the anxiety disorders: Implications for DSM-V and beyond* (pp. 303-325). New York, NY: Springer.
- Winnicott, D. W. (1985). *Playing and Reality*. London, UK: Pelican Books.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 314-321.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (2<sup>e</sup> éd.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Zachrisson, H. D. (2012). *Attachment in middle and late childhood. Measurement validation and relation to mental health problems*. Norwegian Institute of Public Health: Division of Mental Health. Repéré à : [goo.gl/h3gPFn](http://goo.gl/h3gPFn)
- Zachrisson, H., Røysamb, E., Oppedal, B., & Hauser, S. (2011). The factor structure of the Child Attachment Interview. *European Journal of Developmental Psychology*, 8, 744-759.
- Zajac, K., & Kobak, R. (2009). Caregiver unresolved loss and abuse and child behavior problems : Intergenerational effects in a high-risk sample. *Developmental Psychopathology*, 21(1), 173-187.

## **Appendice A**

Description des critères diagnostiques des troubles anxieux (APA, 2003)

## Description des critères diagnostiques des troubles anxieux (APA, 2003)

---

### **Trouble d'anxiété de séparation**

L'anxiété de séparation est caractérisée par une anxiété excessive et inappropriée au stade de développement concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles l'enfant est attaché, comme peuvent en témoigner différents types de manifestations : détresse excessive et récurrente liée aux situations de séparation ou à leur anticipation, craintes persistantes liées à la disparition des figures d'attachement ou liées à un événement malheureux venant séparer l'enfant de ses parents, réticence ou refus persistant d'aller à l'école, appréhension de rester seul, des cauchemars répétés à thèmes de séparation ou des plaintes somatiques répétées lors des séparations. L'ensemble de ces manifestations doit être présent pour une durée de plus de 4 semaines et entraver de façon significative le fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres sphères importantes de la vie de l'enfant.

### **Trouble de phobie sociale**

Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de situations de performance, où l'enfant craint d'être jugé ou humilié. Les situations sociales ou de performances craintes sont évitées ou vécues avec un niveau d'anticipation, d'anxiété et de détresse intense, celles-ci entravant de façon significative le fonctionnement de l'enfant ou entraînant un sentiment de souffrance important. Les difficultés avec les relations sociales doivent survenir avec les gens familiers et l'anxiété doit survenir avec les pairs et non uniquement avec les adultes, et ce, pour une durée d'au moins 6 mois.

### **Trouble d'anxiété généralisée**

Anxiété et soucis excessifs, caractérisés par l'appréhension, concernant plusieurs événements ou situations vécus et où les préoccupations sont difficilement contrôlables. L'anxiété est associée à plusieurs des symptômes suivants : agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbations du sommeil. L'anxiété, les soucis et les symptômes physiologiques doivent être présents depuis au moins 6 mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement de l'enfant.

### **Trouble panique**

Attaques récurrentes et soudaines de peur accompagnées de symptômes (palpitations, battement de cœur ou accélération du rythme cardiaque, sensation d'étouffement, transpiration, peur de devenir fou ou de mourir). Au moins une attaque a été suivie pendant plus d'un mois d'inquiétudes à propos de la survenue possible d'une autre attaque de panique ou d'un évitement comportemental significatif. De plus, au moins quelques attaques se sont produites subitement et ont augmenté en intensité sur une période de 10 minutes. Les attaques de paniques ne doivent pas être dues à des causes organiques ou pharmacologiques ou être mieux expliquées par un autre trouble mental.

### **Trouble de phobie spécifique**

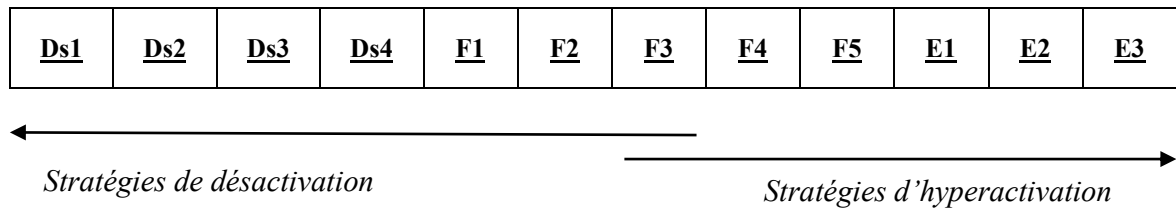
Les phobies spécifiques sont des troubles caractérisés par la peur persistante d'un objet ou d'une situation (animal, noirceur, hauteur) qui suscite une angoisse immédiate que la personne ne peut contrôler et qui conduit habituellement à des comportements d'évitement. Le sujet reconnaît habituellement le caractère irrationnel de la peur, bien que cela puisse ne pas être le cas chez l'enfant. Une détresse importante peut être vécue et l'anticipation anxieuse peut perturber le fonctionnement de l'individu. L'ensemble des manifestations doit être présent depuis une durée d'au moins 6 mois.



## **Appendice B**

Continuum des catégories de représentations d'attachement chez l'adulte (Simard, 2012)

## Continuum des représentations d'attachement chez l'adulte (AAI)



**Ds1** : Détaché; **Ds2** : Dénigrant; **Ds3** : Expression affective restreinte; **Ds4** : Peur irrationnelle de perdre son propre enfant par décès.

**F1** : Détachement conscient et délibéré des expériences d'attachement (enfance difficile); **F2** : Une certaine retenue; **F3** : Prototypique (plus haut niveau de sécurité et cohérence); **F4** : Grande valorisation de l'attachement avec signes légers de préoccupation; **F5** : Un certain ressentiment/colère.

**E1** : Passivité; **E2** : Colérique; **E3** : Préoccupé par événements traumatiques (images terrifiantes).

Non-résolu (deuil ou trauma) : **U/Ds** ou **U/F** ou **U/E**.

## **Appendice C**

Profils aux échelles continues en fonction de chaque catégorie d'attachement au *Child Attachment Interview* (CAI) et à l'*Adult Attachment Interview* (AAI)

**CAI : Organisation sécurisant (A)**

9

8

**Cohérence****Ouverture émotionnelle**

7

**Équilibre positif/négatif****Utilisation d'exemples**

6

**Résolution de conflits**

5

4

**Colère préoccupée**

3

**Préoccupation anxieuse/morbide****Idéalisation**

2

**Détachement/dénigrement**

1

**AAI : Organisation sécurisant-autonome (F)**

9

8

7

**Cohérence****Métacognition**

6

5

4

**Idéalisation****Colère préoccupée**

3

**Dénigrement****Manque de rappel**

2

**Passivité****Peur de perte**

1

**Trauma/deuil non-résolu**

**CAI : Organisation insécurisant-détaché (A)**

9

8

7

**Idéalisation**  
**Détachement/dénigrement**

6

5

---

*Seuil lié à l'insécurité*

4

**Cohérence**  
**Ouverture émotionnelle**  
**Équilibre positif/négatif**

3

**Utilisation d'exemples**  
**Résolution de conflits**

2

**Colère préoccupée**  
**Préoccupation anxieuse/morbide**

1

**AAI : Organisation insécurisant-détaché (Ds)**

9

8

7

**Idéalisation**  
**Dénigrement**  
**Manque de rappel**  
**Passivité**  
**Peur de perte**  
**Trauma/deuil non-résolu**

6

5

---

*Seuil lié à l'insécurité*

4

**Cohérence**  
**Métacognition**  
**Colère préoccupée**

3

2

1

**CAI : Organisation insécurisant-préoccupé (C)**

9	
8	
7	<b>Colère préoccupée</b>
6	<b>Préoccupation anxieuse/morbide</b>
5	
<hr/>	
	<i>Seuil lié à l'insécurité</i>
4	<b>Cohérence</b>
	<b>Ouverture émotionnelle</b>
3	<b>Équilibre positif/négatif</b>
	<b>Utilisation d'exemples</b>
2	<b>Résolution de conflits</b>
	<b>Idéalisation</b>
1	<b>Détachement/dénigrement</b>

**AAI : Organisation insécurisant-préoccupé (E)**

9	
8	<b>Colère préoccupée</b>
	<b>Manque de rappel</b>
7	<b>Passivité</b>
	<b>Peur de perte</b>
6	<b>Trauma/deuil non-résolu</b>
5	
<hr/>	
	<i>Seuil lié à l'insécurité</i>
4	
3	<b>Cohérence</b>
	<b>Métacognition</b>
2	<b>Idéalisation</b>
	<b>Dénigrement</b>
1	

**Appendice D**  
Formulaire de consentement



**CHU Sainte-Justine**

*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

 UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

### **1. Titre du projet de recherche**

Étude de l'attachement des enfants anxieux et de leurs parents

### **2. Nom des chercheurs**

Chercheuse principale : Valérie Simard, Ph.D., psychologue et professeure au département de psychologie, Université de Sherbrooke.

Chercheur responsable au CHU Ste-Justine : Hugues Simard, M.D., psychiatre, programme psychiatrie, neuro-développement et génétique

### **3. Source de financement**

Ce projet est financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

### **4. Invitation à participer à un projet de recherche**

La Clinique des troubles anxieux (Programme de psychiatrie, neuro-développement et génétique; CHU Ste-Justine) participe à des projets de recherche afin d'améliorer les connaissances en ce qui concerne l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et adolescents présentant un trouble anxieux, ainsi que de leur famille. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation et la participation de votre enfant. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de préciser si vous êtes



intéressé(e) à ce que vous et votre enfant participiez à ce projet de recherche. Il est bien important de comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions à n'importe quel moment de votre lecture.

## 5. Quelle est la nature de cette recherche ?

Votre enfant présente un trouble anxieux. Cette condition est habituellement associée à de la détresse psychologique et à des difficultés à fonctionner au quotidien, tant pour l'enfant/adolescent que pour les membres de sa famille. Des études démontrent qu'une meilleure compréhension de la relation entre parents et enfant/adolescent, et plus spécifiquement de l'attachement que chacun de ces partenaires a envers ses propres parents, pourrait aider à développer de meilleurs moyens d'évaluation et d'intervention auprès des familles d'enfants anxieux. L'attachement peut être défini comme la façon, plus ou moins sécurisante, d'être en relation avec ses propres parents, et qui en vient à teinter l'ensemble des relations avec les autres, quels qu'ils soient.

Ce projet de recherche poursuit deux objectifs généraux, soit : 1) Mieux comprendre les liens entre le style d'attachement des parents et celui de leurs enfants, et 2) comprendre comment l'attachement des parents et des enfants est relié aux différents types de symptômes d'anxiété chez les enfants. Pour bien atteindre ces objectifs, il est également prévu de distinguer l'influence de l'attachement de celle d'autres variables (ex: dynamique familiale plus générale, relation de couple) qui peuvent également être associées aux symptômes anxieux chez l'enfant et l'adolescent.

La participation à ce projet de recherche sera proposée à toutes les familles consultant à la Clinique des troubles anxieux et dont l'enfant ou l'adolescent est âgé entre 9 et 14 ans. Nous prévoyons atteindre un nombre de 60 familles participantes, plus précisément 30 familles dont l'enfant présente un trouble anxieux de nature relationnelle (anxiété de séparation, phobie sociale) et 30 autres familles dont l'enfant présente un trouble anxieux dont les principaux symptômes ne concernent pas directement les relations avec les autres (trouble d'anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobie spécifique).

## 6. Quelle est la nature de cette recherche ?

Votre participation, ainsi que celle de votre enfant, à ce projet de recherche comporte deux étapes : 1) une visite à votre domicile effectuée par deux assistant(e)s de recherche (durée maximale de 3 heures) et 2) la complétion de questionnaires à retourner aux chercheurs par la poste.

Lors de la présente visite à domicile, après l'obtention de votre consentement (présent formulaire), votre enfant sera invité à répondre aux questions de *l'Entrevue d'attachement de l'enfant* (durée maximale de 60 minutes), administrée par l'un(e) des assistant(e)s de recherche. Lors de cette entrevue, votre enfant sera questionné à propos de sa relation avec vous et son autre parent. Il sera filmé durant cette tâche,

puisque l'analyse de l'entrevue s'applique à ce qu'il dit et fait (non verbal). Pendant ce temps, vous et votre conjoint répondrez à une entrevue visant à documenter les symptômes psychologiques de votre enfant (ex : symptômes anxieux, dépressifs), administrée par l'autre assistant(e) de recherche (durée maximale de 60 minutes). Ensuite, votre enfant sera libre de retourner à ses occupations normales, tandis que vous et votre conjoint (s'il y a lieu) serez invités à répondre à l'*Entrevue d'attachement de l'adulte*, chacun avec un(e) assistant(e) de recherche, dans des pièces distinctes, afin de préserver la confidentialité (durée maximale de 90 minutes). Cette entrevue porte principalement sur les expériences d'enfance avec vos propres parents. Elle sera enregistrée sur format audionumérique, afin d'être par la suite retranscrite dans son intégralité (verbatim) pour fins d'analyse.

Enfin, des questionnaires vous seront remis, à vous et à votre enfant et pourront être retournés par la poste dans des enveloppes préaffranchies et pré-adressées qui vous seront également remises à la fin de la présente visite. Ces questionnaires portent sur les comportements de votre enfant (complété par vous ou votre conjoint et par votre enfant), sur son niveau d'anxiété (complété par votre enfant), ainsi que sur la dynamique familiale (complété par chaque membre participant) et sur votre relation de couple avec votre conjoint (complété par vous et votre conjoint, s'il y a lieu). En tout, la complétion des questionnaires devrait nécessiter un maximum de 60 minutes pour vous et un maximum de 40 minutes pour votre enfant.

#### **7. Quels sont les avantages et bénéfices ?**

En participant à cette recherche, vous aurez l'avantage indirect de contribuer à l'avancement des connaissances psychologiques dans le domaine de l'attachement et des troubles anxieux. Plus spécifiquement, cette recherche pourrait entre autres permettre de mieux comprendre comment se développent et se maintiennent les troubles anxieux chez les jeunes du même groupe d'âge, et ainsi permettre de développer de nouvelles pistes d'intervention psychologique ciblées auprès de cette population.

De plus, vous et votre enfant pourriez bénéficier directement de la participation à ce projet, si vous consentez à ce que les résultats aux entrevues et questionnaires soient transmis à l'équipe traitante qui pourra utiliser cette information pour mieux comprendre votre situation et les difficultés de votre enfant.

#### **8. Quels sont les inconvénients et les risques ?**

Il n'y a aucun risque associé à votre participation à cette étude, que ce soit pour vous ou pour votre enfant. Cependant, votre participation comporte des inconvénients, soit le temps consacré à l'étude (visite à domicile et complétion des questionnaires) et le fait de répondre à des questions (entrevues et questionnaires) qui peuvent susciter de la détresse psychologique chez vous ou votre enfant. De plus, si vous avez de jeunes

enfants requérant une surveillance parentale, vous devrez prévoir un(e) gardien(ne), puisque vous et, le cas échéant, votre conjoint(e)/époux(se) serez simultanément occupés durant une partie de la visite à domicile.

Afin de minimiser le premier inconvénient (temps investi), l'ensemble de votre participation se déroulera à votre domicile, à un moment qui vous convient. Quant au second inconvénient (détresse psychologique possible), il vous sera possible d'en faire part à un membre de l'équipe traitante de votre enfant qui, au besoin, pourra vous orienter vers des ressources d'aide appropriées.

## 9. Confidentialité

Tous les renseignements obtenus sur vous et votre enfant dans ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une exception de la loi. Pour ce faire, toutes les données issues de ce projet de recherche seront dénominalisées, c'est-à-dire que votre nom et celui de votre enfant seront retirés et remplacés par un code numérique lors de la saisie informatique des données. Les informations données par l'enfant/adolescent seront confidentielles vis-à-vis ses parents, sauf dans le cas où il y aurait un motif sérieux de craindre pour sa sécurité. De plus, toute information permettant de vous identifier, vous ou votre enfant et figurant dans les transcriptions d'entrevues (ex : noms de villes, de tierces personnes) sera camouflée ou modifiée. Toutes les données brutes (questionnaires, enregistrements vidéo et audionumériques) seront conservées dans un classeur verrouillé dans un local du campus Longueuil de l'Université de Sherbrooke. Ces données seront conservées sous la responsabilité de la chercheuse principale pendant une période maximale de 10 ans, après laquelle elles seront détruites. Toutefois, les données seront conservées plus longtemps pour des études futures si vous y consentez.

Les résultats de cette étude feront l'objet de publications sous formes de thèse de doctorat, de communications dans des congrès ou d'articles scientifiques. Aucune information permettant de vous identifier, vous ou votre enfant, ne sera dévoilée dans ces publications.

Aux fins de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection et celle de votre enfant, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche du CHU Ste-Justine consulte les données de recherche et le dossier médical de votre enfant. Ce comité d'éthique adhère à une politique stricte de confidentialité.

## 10. Utilisation secondaire des données

Si vous y consentez, les données recueillies dans cette recherche seront mises en banque pour conduire d'autres recherches sur une thématique étroitement reliée à ce projet. Les données de recherche y seront conservées tant et aussi longtemps que le responsable de la banque pourra en assurer la bonne gestion. Les projets de recherche utilisant cette banque seront approuvés par le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine.

J'accepte que des données de recherche soient mises en banque pour des recherches futures portant sur une thématique reliée à cette recherche.

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

#### 11. Communication des résultats

Si vous y consentez, les résultats concernant spécifiquement votre enfant et votre famille pourront être transmis à l'équipe traitante à la Clinique des troubles anxieux du CHU Ste-Justine, et ce, afin d'approfondir sa compréhension de la problématique anxieuse de votre enfant. Dans ce cas, les membres de l'équipe auront le devoir de préserver la confidentialité, en vertu de leur responsabilité professionnelle et dans les limites prescrites par la loi.

Consentez-vous à ce que l'information recueillie sur votre enfant, sur vous et sur votre famille dans le cadre de cette recherche soit transmise à l'équipe de la Clinique des troubles anxieux (CHU Ste-Justine)?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Consentez-vous à ce que l'information pertinente se trouvant au dossier médical de votre enfant (ex : information sociodémographique, diagnostics antérieurs) soit transmise par l'équipe traitante aux chercheurs?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Si vous le souhaitez, les chercheurs peuvent vous faire parvenir des bulletins périodiques d'information générale concernant l'attachement et l'anxiété. Ces bulletins pourront également contenir des résultats généraux portant sur la recherche en cours. Ils vous seront envoyés à la maison, à l'adresse figurant au dossier médical. Souhaitez-vous recevoir, par envoi postal à votre domicile, un bulletin d'information sur l'attachement et l'anxiété?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

#### 12. Enregistrement vidéo

Avec votre consentement, la chercheuse principale, Madame Valérie Simard, professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, pourrait utiliser l'enregistrement vidéo de l'entrevue de votre enfant, à des fins de formation et/ou de présentations scientifiques.

Consentez-vous à ce que la chercheuse principale utilise l'enregistrement vidéo de l'entrevue de votre enfant à des fins de formation et/ou de présentations scientifiques ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à ce projet de recherche. Si vous refusez, l'enregistrement vidéo sera détruit à la fin de la recherche, dans le respect de la confidentialité.

### 13. Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus dans le cadre de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche ?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

### 13. Responsabilité et obligations légales

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi ni à ceux de votre enfant. De plus, vous ne libérez pas les chercheurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

En vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, un chercheur qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité et le développement d'un enfant est compromis parce qu'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence, est tenu de le déclarer au Directeur de la protection de la jeunesse.

### 14. Liberté de participation

Votre participation et celle de votre enfant à ce projet de recherche est libre et volontaire. Votre décision d'y participer ou non n'affectera pas la qualité des services que vous ou votre enfant recevrez au CHU Ste-Justine.

Advenant que vous ou votre enfant vous retiriez de cette étude, demandez-vous que les documents audio, vidéo ou écrit associés à votre participation, soient détruits ?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous souhaitez la modifier.

### 15. En cas de questions ou de difficultés, avec qui peut-on communiquer ?

Pour plus d'informations concernant cette recherche, vous pouvez contacter le chercheur responsable de ce projet au CHU Ste-Justine, Dr Hugues Simard, au 514-345-4931 poste 5708.

Pour tout renseignement sur les droits de votre enfant à titre de participant à ce projet de recherche,

vous pouvez contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-

Justine au (514) 345-4749.

## 16. Consentement libre et éclairé et assentiment

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Après réflexion, j'accepte que mon enfant participe à ce projet de recherche. J'autorise l'équipe de recherche à consulter le dossier médical de mon enfant pour obtenir les informations pertinentes à ce projet.

\_\_\_\_\_  
*Nom de l'enfant*  
*(Lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Assentiment de l'enfant si capable de*  
*comprendre la nature du projet*  
*(signature)*

\_\_\_\_\_  
*Date*

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer mais capable de comprendre la nature de ce projet:

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nom du parent, tuteur*  
*(Lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Consentement (signature)*

\_\_\_\_\_  
*Date*

J'ai expliqué au participant et/ou à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

\_\_\_\_\_  
*Nom de la personne qui a obtenu*  
*le consentement (Lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## 17. Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, \_\_\_\_\_ chercheuse principale de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : \_\_\_\_\_

**Appendice E**  
*Child Attachment Interview (CAI)*

**Traduction de l'entrevue d'attachement de l'enfant**  
**CAI Child Attachment Interview**  
**(Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta & Schneider, 1999)**  
**(Enfant de 8 à 14 ans)**

**Présentation de l'entrevue:**

L'entrevue va porter sur toi et ta famille. Je vais d'abord te poser quelques questions sur toi et ensuite quelques questions sur ta relation avec tes parents. Pour chaque question, je vais te demander de me donner quelques exemples. Cette entrevue n'est pas un test, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. J'aimerais juste que tu me racontes comment vous êtes, toi et ta famille, de ton point de vue et j'aimerais que tu me racontes aussi ce que tu penses vraiment et ce que tu ressens au sujet de tes parents et de toi-même. L'entrevue va durer à peu près une demi-heure (30 minutes).

**1. Peux-tu me parler des personnes de ta famille? Qui vit avec toi?**

Si l'enfant commence à nommer des membres de sa famille élargie : préciser « les personnes qui vivent avec toi, dans la même maison »

Si l'enfant mentionne seulement un parent, lui demander : « Qui est ton autre parent? À quelle fréquence le vois-tu? Etc... »

Si les parents sont séparés ou divorcés, lui demander : « Est-ce que tes parents ont des nouveaux conjoints, qui sont-ils? »

Il est important de déterminer qui, dans l'esprit de l'enfant, sont les principales personnes qui s'occupent de lui, car toutes les autres questions devront porter sur ces personnes. Il est donc nécessaire d'interroger l'enfant non seulement sur ses parents biologiques mais également sur ses beaux parents et ses grands-parents.

Le but de cette question est d'établir le contact avec l'enfant, de réduire son anxiété et de déterminer qui est ou qui sont les principale(s) personne(s) qui s'occupe(nt) de l'enfant; le but n'est pas d'obtenir des renseignements biographiques détaillés sur ces personnes.

**2. Peux-tu me dire (donner) trois mots qui te décrivent, pas physiquement, plutôt qui décrivent quel genre de personne tu es?**



(Ajouter si nécessaire : « des mots qui décrivent ta personnalité, ton caractère » « comme si tu écrivais à un correspondant »).

Demander un exemple pour chacun des mots qui décrivent l'enfant :

**a) Peux-tu me donner un exemple de quand tu te sens 1... 2... 3...?**

N.B. demander des précisions si ce n'est pas clair (si le matériel ne peut être coté)

**3. Peux-tu me dire (donner) 3 mots qui décrivent ta relation avec ta mère?**

(Ajouter si nécessaire : « Comment c'est d'être avec ta mère? »)

Demander un exemple pour chacun des mots qui décrivent la relation de l'enfant avec sa mère :

**a) Peux-tu me décrire un moment où tu t'es senti 1... avec elle?**

**2...**

**3...**

*Après chaque exemple, demander au besoin, plus de précision sur l'épisode relationnel.*

**4. Qu'est-ce qui arrive quand ta mère se fâche contre toi ou quand elle te dispute?**

**a) Quand tu fais quelque chose de mal ou quelque chose qui met ta mère en colère contre toi, qu'est-ce qu'elle dit, ou qu'est-ce qu'elle fait habituellement?**

Demander un exemple précis : « Raconte-moi une fois où ta mère s'est fâchée contre toi? »

**b) Comment t'es-tu senti quand c'est arrivé?**

**c) Comment penses-tu que ta mère s'est sentie quand c'est arrivé?**

**d) Pourquoi penses-tu qu'elle a ... (dit ou fait ... reprendre la réponse de 4a)?**

**e) Sais-tu pourquoi ta mère s'est fâchée ou t'a disputé? Sais-tu ce que tu avais fait de mal?**

**f) Penses-tu que c'était juste?**

N.B. Chercher à obtenir un épisode relationnel précis; si l'enfant est incapable d'en raconter un, lui poser les questions de façon générale, par exemple : « Comment te sens-tu quand ta mère se fâche contre toi? »

**5. Peux-tu me dire (donner) 3 mots qui décrivent ta relation avec ton père?**

(Ajouter si nécessaire : « Comment c'est d'être avec ton père? »)  
Demander un exemple pour chacun des mots qui décrivent la relation de l'enfant avec son père :

**a) Peux-tu me décrire un moment où tu t'es senti 1... avec lui?**

2...

3...

*Après chaque exemple, demander au besoin plus de précisions sur l'épisode relationnel.*

**6. Qu'est-ce qui arrive quand ton père se fâche contre toi ou quand il te dispute?**

**a) Quand tu fais quelque chose de mal ou quelque chose qui met ton père en colère contre toi, qu'est-ce qu'il dit ou qu'est-ce qu'il fait habituellement?**

Demander un exemple précis : « Raconte-moi une fois où ton père s'est fâché contre toi »

**b) Comment t'es-tu senti quand c'est arrivé?**

**c) Comment penses-tu que ton père s'est senti quand c'est arrivé?**

**d) Pourquoi penses-tu qu'il a ... (dit ou fait... reprendre la réponse de 6a)?**

**e) Sais-tu pourquoi ton père s'est fâché ou t'a chicané? Sais-tu ce que tu avais fait de mal?**

**f) Penses-tu que c'était juste?**

N.B. Chercher à obtenir un épisode relationnel précis; si l'enfant est incapable d'en raconter un, lui poser les questions de façon générale, par exemple : « Comment te sens-tu quand ton père se fâche contre toi? »

**7. Peux-tu me donner un exemple d'une fois où tu étais bouleversé (troublé, dérangé ou énervé) et où tu voulais avoir de l'aide?**

Si nécessaire : « Par exemple, tu essayais de dire quelque chose à quelqu'un et personne n'avait l'air de comprendre ce que tu voulais dire? Ou tu voulais qu'une personne fasse quelque chose, mais personne ne comprenait ce que tu voulais? »

Si l'enfant ne trouve pas d'exemple, lui en proposer :

« Comment te sentirais-tu si ton professeur te chicanait devant toute la classe? » ou

« Comment te sentirais-tu si tu invitais un(e) ami(e) pour jouer avec lui (elle) après l'école et qu'il (elle) refuserait en disant qu'il (elle) ne t'aime plus »

ou

« Comment te sentirais-tu si d'autres jeunes de l'école te faisaient des menaces? »

**8. Est-ce qu'il t'arrive de sentir que tes parents ne t'aiment pas vraiment?**

**a) Peux-tu me dire quand tu te sens comme ça?**

**b) Est-ce que ça t'arrive souvent de te sentir comme ça?**

**9. Comment ça se passe quand tu es malade?**

Chercher à obtenir un exemple précis en demandant si nécessaire :  
« **Peux-tu me raconter une fois où c'est arrivé?** »

**Qu'est-ce que tu as fait? Est-ce que quelqu'un est resté avec toi à la maison?**

**10. Comment ça se passe quand tu te blesses ou que tu te fais mal?**

Chercher à obtenir un exemple précis en demandant, par exemple :  
« **Peux-tu me donner un exemple d'une fois où c'est arrivé?** »

**11. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de te faire frapper par quelqu'un de ta famille, un adulte, un frère ou une sœur plus âgé(e) que toi?**

Obtenir le plus de renseignements possible sur l'incident et sur ce que l'enfant a ressenti. S'il répond que ça ne lui est pas arrivé, passer à la question suivante.

- a) Est-ce que ça t'est arrivé une fois, deux fois, ou plus souvent?
- b) Peux-tu me raconter ce qui s'est passé?
- c) Comment t'es-tu senti?

**12. Certains enfants à qui j'ai parlé m'ont confié que quelqu'un de plus âgé leur avait déjà touché les parties intimes du corps. Est-ce que cela t'est déjà arrivé?**

Obtenir le plus de renseignements possible. Si l'enfant répond « NON », passer à la question suivante.

- a) Est-ce que ça t'est arrivé une fois, deux fois, ou plus souvent?
- b) Peux-tu me raconter comment ça s'est passé?
- c) Comment t'es-tu senti?
- d) Penses-tu que la personne qui te faisait ça savait que tu te sentais comme ça?
- e) Comment penses-tu que cette personne se sentait?

**13. Est-ce qu'il t'est arrivé quelque chose d'autre qui t'a bouleversé ou fait peur ?**

**14. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé qu'une personne proche de toi meure? Ou un animal favori?**

- a) Comment est-ce arrivé? Est-ce que le décès est arrivé soudainement? Es-tu allé aux funérailles?
- b) Comment t'es-tu senti face à ça?

- c) **Comment crois-tu que les autres se sont sentis face au décès de...** (comment s'est sentie ta mère... ton père... tes frères et sœurs...)?

**15. Est-ce qu'il y a quelqu'un d'important pour toi que tu ne vois plus aussi souvent qu'avant?**

- a) **Comment t'es-tu senti quand cette (ces) personne(s) s'est (se sont) éloignée(s)? Est-ce que cela a changé beaucoup de choses?**
- b) **Est-ce que tu restes en contact avec cette (ces) personne(s)?** (Si oui : comment ou de quelle façon restez-vous en contact? Si non : pourquoi penses-tu que vous n'êtes plus en contact?)

Si l'enfant répond « NON » à la question 15, lui demander :  
« Raconte-moi un moment où il y a eu du changement dans ta vie, par exemple : un déménagement, un changement d'école, la séparation de tes parents ou le départ d'un ami »

- c) **Comment t'es-tu senti?**
- d) **Est-ce que tu restes en contact avec cette(ces) personne(s)?** (Si oui : Comment ou de quelle façon restez-vous en contact? Si non : pourquoi penses-tu que vous n'êtes plus en contact?)

**16. Est-ce que tu as déjà passé plus d'une journée loin de tes parents?**

N.B. Question très importante : obtenir le plus d'informations possibles sur la situation (i.e. quand et où c'était, avec qui ils (l'enfant et les parents) étaient, pour combien de temps, qu'est-ce qu'ils ont fait...)

(Ajouter des suggestions si nécessaire pour obtenir un exemple précis : en allant dormir chez un ami, en allant dans un camp de vacances ou si tes parents sont partis à l'extérieur de la ville pour le travail ou des vacances?)

- a) **Comment c'était d'être séparé (ou loin) de tes parents?**
- b) **Comment crois-tu que tes parents se sentaient de leur côté?**
- c) **Comment c'était de revoir maman et papa quand vous vous êtes retrouvés?**

**17. Est-ce que tes parents se chicanent ou se disputent parfois?**

Obtenir un exemple précis, en demandant par exemple : « **Peux-tu me raconter une fois où tes parents se sont chicanés?** »

- a) **Comment t'es-tu senti à ce moment-là? Qu'est-ce qui te faisait sentir comme ça?**
- b) **Pourquoi penses-tu que tes parents s'étaient chicanés?**
- c) **Comment penses-tu qu'ils se sentaient?**
- d) **Crois-tu qu'ils savaient comment toi, tu te sentais?**

**18.a) En quoi (sur quels aspects) aimerais-tu ressembler à ta mère?**

- a) **En quoi (sur quels aspects) n'aimerais-tu pas ressembler à ta mère?**
- c) **En quoi (sur quels aspects) aimerais-tu ressembler à ton père?**
- d) **En quoi (sur quels aspects) n'aimerais-tu pas ressembler à ton père?**

**19. Dernière question : « Si tu pouvais faire trois vœux (ou souhaits) pour quand tu seras plus vieux, quels seraient ces trois vœux (ou souhaits)? »**

(Prendre un ton enjoué et appuyer les réponses de l'enfant, en ajoutant par exemple : « Ah, ça serait bien! »)

**Appendix F**  
*Adult Attachment Interview (AAI)*

## **ENTREVUE SUR LES EXPÉRIENCES D'ENFANCE**

### **Introduction**

Nous allons explorer vos expériences d'enfance avec vos parents et l'effet que ces expériences ont pu, selon vous, avoir sur l'adulte (ou l'adolescent) que vous êtes devenu. Je vais donc principalement vous poser des questions au sujet de vos parents et de votre enfance, mais nous aborderons aussi les années qui ont suivi cette période, ainsi que ce qui se passe maintenant.

Il se peut que vous trouviez certaines questions difficiles ou que vous vous sentiez triste à certains moments. N'hésitez pas à me le dire si vous préférez ne pas répondre à certaines questions. Habituellement, cette entrevue dure environ une heure, mais ça peut aller de 45 minutes à une heure et demie environ. Ça varie beaucoup selon les gens.



1. Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez un peu de votre situation familiale quand vous étiez petit?

1.1 -- Par exemple, où êtes-vous né?

1.2 -- Où avez-vous habité pendant votre enfance ?

1.3 -- Avez-vous déménagé souvent?

1.4 -- Qu'est-ce que vos parents faisaient pour vivre?

Si élevé par plusieurs personnes,

-- qui vous a surtout élevé?

1.5 -- Voyiez-vous beaucoup vos grands-parents quand vous étiez petit?

Si décédés pendant vie du répondant,

-- quel âge aviez-vous à ce moment-là ?

Si jamais rencontrés,

-- sont-ils décédés avant votre naissance?

-- quel âge avait votre mère/votre père?

-- votre mère/père vous a-t-il/elle beaucoup parlé de ce grand-parent?

1.6 -- Aviez-vous des frères et soeurs qui vivaient à la maison, ou quelqu'un d'autre à part vos parents?

1.7 -- Maintenant, est-ce qu'ils vivent près de vous ou au loin?

2. J'aimerais que vous essayez de décrire la relation que vous aviez avec vos parents lorsque vous étiez enfant, aussi loin que possible, si vous pouvez vers 4-5 ans, ou du moins avant l'âge de 12 ans. Globalement, ça avait l'air de quoi?

Si le répondant donne une réponse générale, sans distinguer la relation avec chacun de ses parents :

-- Si vous pouviez me parler de votre père et de votre mère séparément, pouvez-vous m'en dire un peu plus?

Si réponse courte,

-- Comment ça se passait entre vous deux ?

3.1 Maintenant je vais vous demander de choisir 5 adjectifs, mots ou expressions qui reflètent votre relation avec votre mère durant votre enfance à partir d'aussi loin dont vous pouvez vous souvenir, mais disons, de 5 à 12 ans, si possible. Je sais que cela peut prendre un peu de temps, alors prenez

**le temps d'y penser... ensuite je vous demanderai pourquoi vous les avez choisis. Je vais écrire les mots pour ne pas les oublier.**

Si moins de 5 mots,

**-- auriez-vous un autre mot ?**

Si après réflexion, toujours moins de 5 mots,

**-- on va commencer par parler de ceux-là, et dites-le moi si autre chose vous vient à l'esprit plus tard**

### 3.2 Pour chacun des adjectifs

**Vous avez dit que votre relation avec votre mère était \_\_\_\_\_. Y a-t-il un souvenir ou un épisode spécifique que vous pourriez me raconter pour illustrer pourquoi vous avez choisi ce mot pour décrire la relation avec votre mère quand vous étiez petit, c'est-à-dire moins de 12 ans ?**

Autre formulation pour varier pour les mots 2 à 5 :

**Le xième mot que vous avez utilisé était .... Auriez-vous un souvenir, un événement qui est arrivé qui dirait pourquoi vous avez choisi ce mot-là pour décrire la relation quand vous étiez petit ?**

Si le silence se prolonge,

**-- prenez une autre minute et voyez si quelque chose vous vient à l'idée.**

Et si le silence continue,

**-- o.k., ça va, on va continuer avec le mot suivant.**

Si l'adjectif est redéfini par un second adjectif, répéter le premier,

**-- bien, pouvez-vous penser à un souvenir spécifique qui**

**illustrerait que votre relation était (le premier mot dit)**

Si la personne ne comprend pas ce qu'est un souvenir,

**-- lui dire de penser à une image qu'elle a en tête de quelque chose qui lui est arrivé quand elle était jeune**

Si événement raconté > 12 ans,

**-- avez-vous un souvenir de cela quand vous étiez plus jeune ?**

Si réponse de niveau sémantique, générale,

-- bien, c'est une bonne description générale, mais je me demande s'il y a quelque chose en particulier qui s'est passé, qui vous a fait penser que c'était ... ?

Si réponse donnée est encore générale,

-- l'accepter et continuer.

Si le souvenir spécifique contient peu de détails et ne s'est pas produit avant 12 ans,

-- demander brièvement un deuxième souvenir.

Exemples de sous-questions à utiliser pour faire élaborer davantage la personne si besoin est:

- qu'est-ce qui est arrivé?
- quelle a été la première réaction de votre mère ? de votre père?
- était-ce une réaction habituelle?
- c'était comment pour vous?

#### 4. QUESTIONS IDENTIQUES POUR LE PÈRE

- 5.1. On en a déjà parlé un peu mais j'aimerais tout de même vous demander brièvement de quel parent vous vous sentiez le plus près quand vous étiez un petit garçon (petite fille), i.e. vers 4-5 ans, et pourquoi.
- 5.2. Qu'est-ce qui fait que vous n'aviez pas le même sentiment envers l'autre parent?
- 6.1 Maintenant, quand vous étiez enfant et que vous étiez contrarié, qu'est-ce que vous faisiez?

Si le répondant demande ce qu'on entend par contrarié,

--que vous ne « feeliez » pas, que ça allait mal, (réponse)

- 6.2 Quand vous étiez petit et que vous n'alliez pas bien émotivement ou que vous aviez de la peine, qu'est-ce que vous faisiez? (réponse)  
Pouvez-vous vous souvenir d'une fois où c'est arrivé?
- 6.3 Pouvez-vous vous rappeler de ce qui se passait quand vous vous faisiez mal physiquement? (réponse).  
Encore une fois, y a-t-il un incident spécifique qui vous vient à l'idée?
- 6.4 Avez-vous déjà été malade quand vous étiez petit? (réponse)  
Vous souvenez-vous de ce qui se passait?

**Vous rappelez-vous d'une fois en particulier ?**

A la fin de ces 3 situations, si le sujet n'a pas mentionné avoir été tenu par le parent,

**-- vous rappelez-vous que vos parents vous aient pris dans leurs bras une ou l'autre de ces fois -- je veux dire, quand vous étiez bouleversé ou blessé ou malade?**

Vérifier pour les deux parents.

**7.1 C'est quand la première fois dont vous vous souvenez avoir été séparé de vos parents?**

Si jamais séparé

**-- ça n'a pas besoin d'être une longue séparation ; ça peut être votre première journée à l'école, un séjour dans un camp de vacances ou des vacances que vos parents ont pris sans vous.**

**-- en dernier recours, parlez d'un coucher chez un ami ou encore du fait d'avoir passé quelques jours chez un oncle ou une tante.**

**7.2 Comment c'était pour vous d'être séparé d'eux?**

**7.3 Vous souvenez-vous de comment c'était pour eux d'être séparé de vous?**

**7.4 Comment ça s'est passé à votre retour ?**

**7.5 Y a-t-il eu d'autres séparations dont vous vous souvenez?**

**8.1 Vous êtes-vous déjà senti rejeté quand vous étiez un petit enfant?**

Si réponse = non,

**-- Évidemment quand vous repensez à cela maintenant, vous pouvez réaliser que ce n'était pas réellement du rejet, mais ce que j'essaie de vous demander ici, c'est si vous vous souvenez de vous être déjà senti (insister sur « senti ») rejeté dans l'enfance.**

Si réponse spontanée concerne l'école,

**-- Et dans votre famille, est-ce arrivé ?**

**8.2 Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes senti comme cela la 1ère fois ?**

**Qu'est-ce qui se passait pour que vous vous sentiez comme ça ?**

**Qu'est-ce que vous avez fait?**

**8.3 Pourquoi pensez-vous que votre père/mère agissait comme ça -- pensez-vous qu'il se rendait compte qu'il vous rejetait?**

Que la réponse à 8.1 ait été « oui » ou « non ».

**8.4a Vous êtes-vous déjà senti mis de côté ou ignoré?**

**8.4b Avez-vous déjà senti que vos parents ignoraient vos besoins physiques ou qu'ils les négligeaient ?**

**8.5 Vous êtes-vous déjà senti effrayé ou inquiet quand vous étiez enfant?**

**En avez-vous parlé à vos parents ?**

**Comment ont-ils réagi ?**

Si ne comprend pas la question.

-- c'est simplement une question plus générale. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'avoir très peur ou d'être inquiet quand vous étiez jeune ? En avez-vous parlé à vos parents ?  
**Comment ont-ils réagi ?**

Si demande « en général ou par rapport aux parents ? ».

-- je pose la question surtout en rapport avec votre relation avec vos parents mais ça pourrait être une peur plus générale aussi.

**9a. Vos parents vous ont-ils déjà menacé, soit pour des questions de discipline, soit en blague? (réponse)**

**9b. Certaines des personnes nous ont dit par exemple que leurs parents les menaçaient de les laisser, de les renvoyer de la maison ou encore de les placer dans un pensionnat ou dans une autre famille. Est-ce que cela vous est arrivé ? (réponse)**

**9c. Certaines personnes nous ont dit que leurs parents utilisaient le traitement du silence avec elles. Est-ce que cela vous est déjà arrivé avec vos parents ? (réponse)**

**9d. D'autres ont des souvenirs de menaces ou d'une autre sorte de comportement qui était abusif physiquement. Est-ce que quelque chose comme cela vous est déjà arrivé à vous ou dans votre famille?**

Si oui,

-- Quel âge aviez-vous à ce moment-là?

-- Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur ce qui s'est produit ou sur la façon dont ça se passait ? (si nécessaire)

-- Est-ce que ça arrivait souvent?

-- Est-ce que ç'a duré longtemps ? (si pas déjà mentionné)

-- Est-ce que ça laissait parfois des marques sur votre corps ? (si pas mentionné)

-- Est-ce que ça vous faisait peur ? (si pas mentionné)

-- Pensez-vous que cette expérience vous affecte maintenant comme adulte?

-- Est-ce que cela influence votre approche envers votre enfant ? (s'il y a lieu)

**9e. Vous rappelez-vous d'avoir été frappé quand vous étiez enfant ?**

**Personne ne vous a donné la fessée en tant que moyen de discipline ?**

Si oui,

-- âge ?

-- fréquence ?

**9f. Certaines personnes ont des souvenirs d'une sorte quelconque de comportement sexuel.**

-- est-ce que quelqu'un dans votre famille ou quelqu'un plus vieux que vous a déjà essayé de faire quelque chose de sexuel avec vous ?

-- quel âge aviez-vous à ce moment-là ?

-- est-ce que ça arrivait souvent ?

-- pensez-vous que cette expérience vous affecte maintenant que vous êtes adulte ? Si oui, de quelle façon ?

-- pensez-vous que ça influence votre approche avec votre enfant ? (s'il y a lieu)

**9g. Avez-vous eu de telles expériences impliquant des personnes extérieures à votre famille?**

-- Si oui, mêmes sous-questions que ci-haut (âge, fréquence, effets)

**9h. A part ce dont nous avons parlé, avez-vous des souvenirs qui vous amènent à penser que**

**vous pourriez avoir été abusé sexuellement même si vous n'en êtes pas sûr ? Pourriez-vous décrire ces souvenirs ?**

### ATTENTION :

Si le répondant a mentionné au début avoir été abusé (ou autre mot) et qu'il n'y revient pas ici,

**-- tout à l'heure vous m'avez dit que vous aviez été abusé (ou autre mot) par .... Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?**

-- recommencer les questions.

**10.1 En général, comment pensez-vous que l'ensemble de vos expériences avec vos parents, dont on s'est parlé depuis le début de l'entrevue, ont affecté votre personnalité comme adulte ?**

Si dernière partie non comprise, dire

-- comment elles ont affecté la personne que vous êtes devenue?

**10.2 Est-ce qu'il y a des aspects de ces premières expériences avec vos parents qui vous ont influencé négativement dans votre développement?**

Si question non comprise,

-- ce que vous avez vécu avec vos parents, est-ce que vous pensez que ça a nui à ce que vous êtes devenu ?

Réponse= oui et la personne a donné des exemples,

Est-ce qu'il y a d'autres aspects de vos premières expériences qui

pourraient vous avoir empêché de progresser, vous avoir mis des bâtons

dans les roues ou avoir eu un effet négatif sur ce que vous êtes devenu?

Réponse= non,

-- Est-ce qu'il y a quoi que ce soit au sujet de vos expériences d'enfance qui pourrait, d'après vous, vous avoir empêché de progresser, vous avoir mis des bâtons dans les roues ou avoir eu un effet négatif sur ce que vous êtes devenu?

Si le répondant dit avoir déjà répondu à cela,

-- Pour la forme, pouvez-vous quand même me dire si vous considérez que ce que vous avez vécu avec vos parents a nui à ce que vous êtes devenu ?

**11. Pourquoi pensez-vous que vos parents se sont conduits comme ils l'ont fait pendant votre enfance?**

Si réponse n'implique que le comportement d'un parent envers l'autre,

-- pourquoi pensez-vous qu'ils se sont conduits envers vous comme ils l'ont fait pendant votre enfance ?

**12.1 Quand vous étiez enfant, y avait-il d'autres adultes dont vous vous sentiez près, qui étaient comme des parents pour vous?**

**12.2 Ou n'importe quels autres adultes qui étaient vraiment très importants, même s'ils n'étaient pas comme des parents pour vous?**

**Sous-questions :**

- vous aviez quel âge, à ce moment-là ?
- vivaient-ils avec vous ?
- est-ce qu'ils prenaient soin de vous ?
- à quel point étaient-ils importants pour vous ?

**13. Est-ce que vous avez vécu la perte d'un parent, d'un membre de votre famille ou d'autres personnes dont vous vous sentiez proche quand vous étiez petit?**

**13.1 Quel âge aviez-vous à ce moment-là ?**

**13.2 Pouvez-vous me parler des circonstances?**

**13.3 Est-ce que c'était une mort subite ou prévue ?**

**13.4 Comment avez-vous réagi à ce moment-là?**

**13.5 Vous rappelez-vous de vos sentiments à ce moment-là?**

**13.6 Vos sentiments à propos de cette mort, ont-ils beaucoup changé au cours des années?**

**13.7 Si non déjà mentionné,**

**Etes-vous allé au salon funéraire ou aux funérailles? Comment c'était pour vous?**

**13.8 Pour perte de parent ou fratrie,**

**Quel a été l'effet sur votre autre parent et sur la maisonnée, et comment cela a-t-il changé avec les années?**

**13.9 Diriez-vous que cette perte a eu un effet sur votre personnalité adulte?**

**13.10 Comment est-ce que ça affecte votre approche envers vos enfants ? (s'il y a lieu)**

**13a Avez-vous perdu d'autres personnes importantes durant votre enfance?**

-- si oui, recommencez la même série de questions (i.e. 13.1 à 13.10).

**13b Avez-vous perdu d'autres personnes significatives pour vous, depuis que vous êtes adulte ou même à l'adolescence?**

-- si oui, répétez la série de questions.

Si le répondant a mentionné au début le décès d'un grand-parent, d'un parent, d'un frère ou d'une personne significative pour elle et qu'elle n'y revient pas à la question 13,



-- Quand on a parlé de ....., vous avez mentionné le décès de .....

Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? et recommencez les questions.

14. A part des expériences difficiles que vous avez déjà décrites, avez-vous eu d'autres expériences que vous considérez comme ayant pu vous traumatiser ?

Si nécessaire,

-- Je veux dire, n'importe quelle expérience qui vous a terrifié ou marqué.

15. J'aimerais vous poser quelques questions de plus au sujet de votre relation avec vos parents.

Y a-t-il eu plusieurs changements dans la relation entre vous et vos parents (ou le parent restant) après votre enfance? Tout à l'heure, on va passer à la période actuelle, mais pour le moment je veux dire des changements qui se seraient produits entre votre enfance et l'âge adulte?

Autre formulation :

-- Je veux dire des choses qui ont changé entre votre enfance et l'âge adulte ?

- 16.1 Comment vous décririez votre relation avec vos parents (ou le parent restant) maintenant que vous êtes adulte? Ma question porte donc sur votre relation actuelle.
- 16.2 Avez-vous beaucoup de contacts avec vos parents actuellement?
- 16.3 D'après vous, à quoi votre relation ressemble-t-elle en ce moment?
- 16.4 Pourriez-vous me parler de sources d'insatisfaction dans votre relation actuelle avec votre mère?
- 16.5 Avec votre père ?
- 16.3 Pouvez-vous me parler de sources de satisfaction dans votre relation actuelle avec votre mère?
- 16.4 Avec votre père ?

Si le répondant a un enfant, posez les questions qui suivent pour l'enfant réel. Sinon, posez ces questions pour un enfant imaginaire (« Je vais vous demander de vous imaginer que vous avez un enfant d'environ un an... »)

- 17.1 Je vais maintenant passer à une sorte différente de question, qui ne concerne pas votre relation avec vos parents. Cela concerne plutôt un aspect de votre

**relation actuelle avec votre enfant (ou votre enfant imaginaire). Comment vous sentez-vous quand vous devez vous séparer de lui ? (ou Comment vous sentiriez-vous si vous deviez vous séparer de lui ?).**

**17.2 Est-ce qu'il vous arrive de vous inquiéter pour votre enfant ? (seulement si le répondant a un enfant réel)**

**18. Si vous aviez trois souhaits à faire pour votre enfant (ou votre enfant imaginaire) dans 20 ans, ce serait quoi? (pause)**

**Je pense entre autres à la sorte d'avenir que vous aimeriez qu'il ait. Vous pouvez prendre quelques minutes pour y penser.**

**19. Y a-t-il une chose particulière que vous pensez avoir apprise à partir de vos expériences d'enfance? Je pense ici à quelque chose que vous pensez que vous pourriez avoir acquis ou gagné à partir de la sorte d'enfance que vous avez eue?**

**Autre formulation : Première partie telle quelle. Puis :**

**A.d. qu'est-ce que vous retenez de la sorte d'enfance que vous avez eue ?**

**20. On a parlé beaucoup du passé dans cette entrevue, mais j'aimerais terminer en vous amenant à vous tourner vers le futur. On vient juste de parler de ce que vous pensez avoir appris de vos expériences dans l'enfance. J'aimerais terminer en vous demandant ce que vous espéreriez que votre enfant (ou votre enfant imaginaire) pourrait apprendre de ses expériences d'avoir été gardé par vous ?**

**Si non compris :**

**-- que voudriez-vous qu'il retienne ou qu'il retire du fait d'avoir été élevé par vous ?**

**CONCLUSION :**

**Ça fait le tour des questions que je voulais vous poser. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter ?**

**Ce n'est pas des questions auxquelles on pense à tous les jours; j'apprécie que vous ayez accepté d'y répondre.**

## **Appendice G**

*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children - Present  
and Lifetime Version (K-SADS-PL)*

**Traduction française de l'entrevue diagnostique non-incluse pour respect de droits d'auteur.**

## **Appendice H**

Échelle révisée d'anxiété manifeste chez l'enfant (RCMAS; *Revised Child Manifest Anxiety Scale*)

Lis chaque question attentivement. Encerle ensuite le mot OUI si tu penses que c'est vrai pour toi. Encerle le mot NON si tu penses que ce n'est pas vrai pour toi. S'il y a des mots que tu ne comprends pas, n'hésite pas à demander des explications.

1. J'ai de la difficulté à me décider.	OUI	NON
2. Je deviens nerveux(se) quand les choses ne sont pas comme je le voudrais.	OUI	NON
3. Les autres ont l'air d'avoir plus de facilité que moi à faire les choses.	OUI	NON
4. J'aime tout le monde que je connais.	OUI	NON
5. Il m'arrive souvent d'avoir de la difficulté à retrouver mon souffle.	OUI	NON
6. Je m'inquiète la plupart du temps.	OUI	NON
7. J'ai peur de plusieurs choses.	OUI	NON
8. Je suis toujours gentil(le).	OUI	NON
9. Je me fâche facilement.	OUI	NON
10. Je m'inquiète à propos de ce que mes parents vont me dire.	OUI	NON
11. J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses.	OUI	NON
12. J'ai toujours de bonnes manières.	OUI	NON
13. J'ai de la difficulté à m'endormir le soir.	OUI	NON
14. Je m'inquiète de ce que les gens pensent de moi.	OUI	NON
15. Je me sens seul(e) même quand il y a des gens avec moi.	OUI	NON
16. Je suis toujours aimable.	OUI	NON
17. Il m'arrive souvent d'avoir mal au ventre.	OUI	NON
18. Je me sens facilement blessé(e) dans mes sentiments.	OUI	NON
19. J'ai les mains moites (en sueur).	OUI	NON
20. Je suis toujours gentil(le) avec tout le monde.	OUI	NON
21. Je suis souvent fatigué(e).	OUI	NON
22. Je m'inquiète de ce qui va arriver.	OUI	NON
23. Les autres enfants sont plus heureux que moi.	OUI	NON
24. Je dis toujours la vérité.	OUI	NON
25. Je fais des mauvais rêves.	OUI	NON
26. Je suis facilement blessé(e) quand on m'embête trop.	OUI	NON
27. J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut.	OUI	NON
28. Je ne me fâche jamais.	OUI	NON
29. Il m'arrive parfois de me réveiller effrayé(e).	OUI	NON
30. Je m'inquiète quand je me couche le soir.	OUI	NON
31. J'ai de la difficulté à me concentrer sur mes travaux scolaires.	OUI	NON
32. Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire.	OUI	NON
33. Je bouge beaucoup sur ma chaise.	OUI	NON
34. Je suis nerveux(se).	OUI	NON
35. Plusieurs personnes sont contre moi.	OUI	NON
36. Je ne mens jamais.	OUI	NON
37. Je m'inquiète souvent à propos de mauvaises choses qui pourraient m'arriver.	OUI	NON

**Appendice I**

*Behavior Assessment Scale for Children*, deuxième édition (BASC-II)

**Questionnaires non-inclus pour respect de droits d'auteur.**

*BASC-II (Reynolds, & Kamphaus, 2004)*

Versions employées :

Version auto-rapportée par l'enfant – 6 à 11 ans

Version auto-rapportée par l'adolescent – 12 à 17 ans

Version rapportée par le parent – 6 à 11 ans

Version rapportée par le parent – 12 à 17 ans